

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 16 décembre 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1013-0002

**Type d'inspection :**

Plainte  
Incident critique  
Suivi

**Titulaire de permis :** The Royale Development GP Corporation à titre d'associé commandité de The Royale Development LP

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Case Manor Community, Bobcaygeon

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 12 au 15, du 18 au 22, du 25 au 26 et du 28 au 29 novembre ainsi que le 2 décembre 2024.

L'inspection concernait :

- Demande n° 00122236 – Suivi n° 1 – en vertu du paragraphe 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22 – Température ambiante, dont la date d'échéance de mise en conformité était le 13 septembre 2024.
- Demande n° 00122237 – Suivi n° 1 – en vertu du paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22 – Médicaments administrés conformément à l'ordonnance, dont la date d'échéance de mise en conformité était le 13 septembre 2024.
- Demande n° 00122238 – Suivi n° 1 – en vertu de l'alinéa 93 (2) d) du Règl. de l'Ont. 246/22 – Odeurs nauséabondes et persistantes, dont la date d'échéance de mise en conformité était 31 octobre 2024.
- Demande n° 00124232 et n° 00130736 – Incidents critiques (IC) – allégations de mauvais traitements infligés à une personne résidente.
- Demande n° 00129900 – Plainte – préoccupations liées aux soins et allégations de négligence envers une personne résidente.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

- Demande n° 00129994 – IC – allégations de négligence envers une personne résidente.
- Demande n° 00127978 – IC – incident causant à une personne résidente une blessure nécessitant son transport à l'hôpital, et la blessure a entraîné un changement important de l'état de santé de la personne résidente. En outre, les demandes n° 00117054 et n° 00124862, deux incidents critiques, ont été examinées dans le cadre de cette inspection.

**Ordres de conformité délivrés antérieurement**

L'inspection a établi la conformité aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 003 de l'inspection n° 2024-1013-0001 en vertu du paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2024-1013-0001 en vertu de l'alinéa 93 (2) d) du Règl. de l'Ont. 246/22

L'inspection a établi la **NON**-conformité aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1013-0001 en vertu du paragraphe 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

Alimentation, nutrition et hydratation  
Gestion des médicaments  
Foyer sûr et sécuritaire  
Soins palliatifs  
Gestion de la douleur  
Prévention et gestion des chutes  
Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Soins liés à l'incontinence  
Entretien ménager, buanderie et services d'entretien  
Prévention et contrôle des infections  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Comportements réactifs  
Rapports et plaintes  
Droits et choix des personnes résidentes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### Problème de conformité corrigé

Un **problème de conformité** a été constaté lors de cette inspection et a été **corrigé** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a estimé que la non-conformité répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'action supplémentaire.

Problème de conformité n° 001 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 85 (3) f) de la *LRSLD* (2021)**

Affichage des renseignements

Paragraphe 85 (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :

f) la marche à suivre écrite, fournie par le directeur, pour porter plainte auprès de lui, ainsi que les coordonnées du directeur ou les coordonnées d'une personne que le directeur désigne pour recevoir les plaintes;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'information exigée par la Loi soit affichée dans le foyer de soins de longue durée, notamment la procédure à suivre pour déposer une plainte auprès du directeur, ainsi que les coordonnées de ce dernier.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Conformément au paragraphe 85 (1) de la *LRSLD* (2021), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements exigés soient affichés dans un endroit bien en vue et facile d'accès au foyer et d'une façon conforme aux exigences éventuelles qu'établissent les règlements.

**Justification et résumé**

Une visite du foyer de soins de longue durée a été effectuée. Les observations n'ont pas permis de constater que la procédure écrite de dépôt de plainte auprès du directeur et les coordonnées pour le contacter étaient affichées.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que les procédures écrites de dépôt de plainte auprès du directeur et les coordonnées du directeur ou de son représentant soient affichées a entraîné des lacunes dans la communication de renseignements aux personnes résidentes, à leur famille, aux visiteurs et au personnel.

**Sources :** Observations et un entretien avec la directrice générale.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 14 novembre 2024

Problème de conformité n° 002 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 85 (3) l) de la *LRSLD* (2021)**

Affichage des renseignements

Paragraphe 85 (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :

l) des copies des rapports d'inspection des deux dernières années à l'égard du foyer de 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 Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'information exigée par la Loi soit affichée dans le foyer de soins de longue durée, notamment des copies des rapports d'inspection des deux dernières années.

Conformément au paragraphe 85 (1) de la *LRSLD* (2021), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements exigés soient affichés dans un endroit bien en vue et facile d'accès au foyer.

**Justification et résumé**

Une visite du foyer de soins de longue durée a été effectuée. Les observations n'ont pas permis de constater que des copies de tous les rapports d'inspection des deux dernières années étaient affichées pour être consultées par les personnes résidentes, les familles, le personnel et d'autres personnes.

Le fait que les rapports d'inspection des deux dernières années n'aient pas été affichés a entraîné des lacunes dans la communication de renseignements aux personnes résidentes, à leur famille, aux visiteurs et au personnel, ainsi que des problèmes potentiels liés à la transparence et à la divulgation.

**Sources :** Observations et un entretien avec la directrice générale.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 14 novembre 2024

Problème de conformité n° 003 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 85 (3) m) de la *LRSLD* (2021)**

Affichage des renseignements

Paragraphe 85 (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

m) les ordres donnés par un inspecteur ou le directeur à l'égard du foyer de soins de longue durée qui sont en vigueur ou qui ont été donnés au cours des deux dernières années;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'information exigée par la Loi soit affichée dans le foyer de soins de longue durée, notamment des copies des rapports d'inspection comportant des ordres émis par l'inspectrice ou l'inspecteur au cours des deux dernières années.

Conformément au paragraphe 85 (1) de la *LRS LD* (2021), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements exigés soient affichés dans un endroit bien en vue et facile d'accès au foyer.

**Justification et résumé**

Une visite du foyer de soins de longue durée a été effectuée. Les observations n'ont pas permis de constater que tous les rapports d'inspection assortis d'ordres émis au cours des deux dernières années ont été affichés.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que les rapports d'inspection assortis d'ordres, émis au cours des deux dernières années, soient affichés a entraîné des lacunes dans la transmission de renseignements aux personnes résidentes, à la famille, aux visiteurs et au personnel, et a posé des problèmes potentiels liés à la transparence et à la divulgation.

**Sources :** Observations et un entretien avec la directrice générale des soins.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 14 novembre 2024

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Problème de conformité n° 004 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'article 16 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rideaux de séparation

Article 16. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque chambre à coucher occupée par plus d'un résident soit dotée d'un nombre suffisant de rideaux de séparation pour assurer l'intimité de chaque résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque chambre à coucher occupée par une ou plusieurs personnes résidentes soit dotée d'un nombre suffisant de rideaux de séparation pour assurer l'intimité de chaque résident.

**Justification et résumé**

Lors d'un entretien avec une personne résidente dans sa chambre, l'inspectrice ou l'inspecteur a constaté que l'espace lit de la personne résidente n'était pas équipé de rideaux d'intimité suffisants pour garantir l'intimité de cette dernière. La chambre de la personne résidente est occupée par plus d'une personne résidente.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que les chambres occupées par plus d'une personne résidente soient dotées de rideaux d'intimité suffisants constitue une violation des droits des personnes résidentes, en particulier en ce qui concerne la dignité et l'intimité.

**Sources :** Observations et un entretien avec une personne résidente.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 18 novembre 2024

Problème de conformité n° 005 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 79 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

1. La communication des menus hebdomadaires et quotidiens aux résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la communication des menus hebdomadaires et quotidiens aux personnes résidentes.

**Justification et résumé**

Lors d'une visite du foyer de soins de longue durée, les menus journaliers et de sept jours affichés ont été examinés. Il a été constaté que les menus journaliers et de sept jours affichés n'étaient pas communiqués de manière cohérente aux personnes résidentes.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que les menus de sept jours et les menus quotidiens soient communiqués a entraîné des lacunes dans les services diététiques offerts et a donné lieu à des messages contradictoires concernant le choix des aliments.

**Sources :** Observations et entretiens avec le superviseur diététique et la directrice générale.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 14 novembre 2024

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

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Problème de conformité n° 006 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRS LD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 3 (1) de la *LRS LD* (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 :

4. Le résident a droit à la protection contre les mauvais traitements.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque personne résidente ait le droit à la protection contre les mauvais traitements.

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) a été soumis au directeur concernant un incident présumé de mauvais traitements infligés à une personne résidente.

La politique du titulaire de permis en matière de prévention des mauvais traitements et de la négligence envers une personne résidente (*Prevention of Abuse and Neglect of a Resident*) indique que le titulaire de permis ne tolère aucunement les mauvais traitements infligés à une personne résidente, par qui que ce soit. La politique indique également que toutes les personnes résidentes ont le droit d'être protégées contre les mauvais traitements.

Le dossier de santé clinique d'une personne résidente, l'IC et l'enquête du titulaire de permis ont été examinés. La documentation a confirmé que l'incident s'était produit.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas protégé la personne résidente contre les mauvais traitements a représenté un risque pour la personne résidente et a affecté son sentiment de sécurité chez elle.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Sources :** Dossier de santé clinique de la personne résidente, IC, enquête du titulaire de permis, politique du titulaire de permis en matière de prévention des mauvais traitements et de la négligence (*Prevention of Abuse and Neglect of a Resident*), entretiens avec les personnes résidentes et avec la directrice générale.

**AVIS ÉCRIT : Droit à une qualité de vie optimale**

Problème de conformité n° 007 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 13 du paragraphe 3 (1) 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 :

13. Le résident a le droit de garder et d'exposer dans sa chambre des effets, des images et du mobilier personnels, du moment qu'il respecte les exigences en matière de sécurité et les droits des autres résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente ait le droit de conserver ses effets personnels dans sa chambre.

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) a été soumis au directeur concernant l'allégation de mauvais traitements infligés à une personne résidente.

Le dossier de santé clinique des personnes résidentes et l'IC ont été examinés. La documentation indiquait que les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) avaient observé une personne résidente manifester un comportement particulier à l'égard d'une autre personne résidente; le lendemain, les PSSP avaient observé la même personne résidente manifester un comportement similaire. Les incidents ont été signalés à une infirmière

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

autorisée (IA). La documentation n'indique pas que des stratégies ont été mises en œuvre, aux dates indiquées, pour protéger les biens d'une autre personne résidente contre la personne résidente.

La directrice générale a indiqué que l'autre personne résidente était frustrée par le fait que la personne résidente continuait à prendre ses effets personnels et a demandé à ce que la police soit contactée.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce qu'une personne résidente puisse conserver ses effets personnels en toute sécurité dans sa chambre a entraîné des lacunes dans les soins et les services, violé les droits de la personne résidente et créé une atmosphère résidentielle désagréable pour la personne résidente.

**Sources :** Dossier de santé clinique des personnes résidentes, IC et entretiens avec un membre du personnel, la directrice des soins et la directrice générale.

**AVIS ÉCRIT : Intégration des évaluations aux soins**

Problème de conformité n° 008 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 6 (4) a) 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 :

a) l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles les unes avec les autres et se complètent;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux soins de la personne résidente collaborent.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) a été soumis au directeur concernant l'allégation de négligence envers une personne résidente.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente, l'IC, une plainte écrite du mandataire spécial de la personne résidente et l'enquête menée par le titulaire de permis ont été examinés.

L'infirmière praticienne a indiqué qu'elle était préoccupée par le fait que le personnel infirmier autorisé ne l'avait pas informée que l'état de santé de la personne résidente avait changé. L'infirmière praticienne a indiqué que l'on s'attendrait à ce que les changements dans l'état de santé d'une personne résidente lui soient immédiatement communiqués.

Le fait que le personnel infirmier autorisé n'ait pas collaboré avec l'infirmière praticienne ou un autre fournisseur de soins de santé lorsqu'une personne résidente connaissait un changement de son état a porté préjudice à cette personne et a potentiellement contribué à la détérioration de son état de santé général.

**Sources :** Dossier de santé clinique de la personne résidente, IC, plainte écrite du mandataire spécial de la personne résidente, enquête du titulaire de permis et l'infirmière praticienne.

**AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis de se conformer au programme**

Problème de conformité n° 009 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (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 Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Non-respect : du paragraphe 6 (7) de la LRS LD (2021)**

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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à une personne résidente.

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) a été signalé au directeur concernant l'allégation de négligence envers une personne résidente.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente, l'IC, une plainte écrite et l'enquête du titulaire de permis ont été examinés. La documentation indiquait que la personne résidente avait été évaluée comme présentant un risque nutritionnel et d'hydratation, et qu'elle avait été évaluée comme ayant besoin d'une quantité estimée de kilocalories par jour. La documentation indiquait que l'état de santé de la personne résidente était instable et qu'elle présentait de ce fait un comportement réactif particulier. La documentation indiquait que les besoins nutritionnels et d'hydratation évalués de la personne résidente n'étaient pas satisfaits.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que les soins soient prodigués à la personne résidente comme prévu, en particulier en ce qui concerne le risque nutritionnel de la personne résidente et les besoins connexes, a eu une incidence négative sur le bien-être général de la personne résidente et a potentiellement contribué à l'hospitalisation de cette dernière.

**Sources :** Dossier de santé clinique de la personne résidente, IC, plainte écrite, enquête du titulaire de permis et entretiens avec le mandataire spécial de la personne résidente, une infirmière autorisée et le diététiste professionnel.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**AVIS ÉCRIT : Obligations précises : propreté et bon état**

Problème de conformité n° 010 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 19 (2) c) de la *LRSLD* (2021)**

Services d'hébergement

Paragraphe 19 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer et son matériel soient entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

**Justification et résumé**

Lors d'une visite du foyer de soins de longue durée, les éléments suivants ont été constatés :

- Moustiquaires de fenêtre – les moustiquaires des fenêtres de salles communes particulières étaient mal ajustées ou déchirées.
- Dalles de plafond – des dalles de plafond, dans une salle communautaire particulière, ont été observées avec des taches brunâtres.

Lors d'une autre observation, on a constaté que les moustiquaires des fenêtres des salles de séjour communes étaient fixées à l'aide de ruban adhésif pour les maintenir en place.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le fait que le foyer et son matériel ne soient pas entretenus de sorte à être sûrs et en bon état crée un environnement résidentiel désagréable pour les personnes résidentes et les visiteurs.

**Sources :** Observations et entretiens avec le directeur des services environnementaux et la directrice générale.

**AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro**

Problème de conformité n° 011 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 25 (1) de la *LRSLD* (2021)**

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

25 (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 24, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements soit respectée.

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) a été soumis au directeur concernant une allégation de mauvais traitements infligés à une personne résidente.

La politique du titulaire de permis en matière de prévention et de mauvais traitements envers une personne résidente a été examinée.

Le dossier de santé clinique et l'IC ont été examinés. La documentation faisait état de plusieurs incidents au cours desquels des membres du personnel, en particulier

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

des personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) et des infirmières autorisées, avaient allégué qu'une personne résidente avait été victime de mauvais traitements de la part d'une autre personne résidente. La documentation indiquait que la police a été informée à une date donnée d'un cas de mauvais traitement présumé, mais ne précisait pas que le personnel ou les gestionnaires avaient contacté la police à la suite d'autres incidents constatés. La documentation n'indiquait pas que les incidents de mauvais traitements présumés avaient fait l'objet d'une enquête par la directrice générale ou son représentant, ou que les résultats des enquêtes avaient été communiqués à la personne résidente ou à son mandataire spécial; elle n'indiquait pas que le mandataire spécial de la personne résidente avait été informé dans les douze heures de tous les incidents présumés. Elle n'indiquait pas non plus que l'infirmière praticienne avait été informée des incidents.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que sa politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements soit respectée a entraîné des lacunes dans les soins et les services, ainsi qu'une responsabilité du personnel et des dirigeants.

**Sources :** Examen du dossier de santé clinique des personnes résidentes, IC, politique du titulaire de permis en matière de prévention des mauvais traitements et de la négligence (*Prevention of Abuse and Neglect of a Resident*), et entretiens avec une infirmière auxiliaire autorisée (IAA), une IA, une infirmière praticienne, la directrice des soins et la directrice générale.

**AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir**

Problème de conformité n° 012 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du sous-alinéa 27 (1) a) (i) 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 Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

Paragraphe 27 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) les incidents suivants qui sont présumés, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance ou qui lui sont signalés font l'objet d'une enquête immédiate :
  - (i) les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une allégation de mauvais traitements envers une personne résidente fasse l'objet d'une enquête.

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) a été soumis au directeur concernant une allégation de mauvais traitements infligés à une personne résidente par une autre personne résidente.

Le dossier de santé clinique des personnes résidentes et l'IC ont été examinés. La documentation indiquait qu'une personne résidente avait été trouvée en possession d'effets personnels d'une autre personne résidente. La documentation faisait état d'un autre incident au cours duquel la personne résidente avait été trouvée en possession d'objets censés appartenir à une autre personne résidente. La documentation n'indiquait pas que les mauvais traitements présumés avaient réellement eu lieu. Aucune documentation n'indiquait qu'une enquête avait été menée par le titulaire de permis.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas enquêté sur une allégation de mauvais traitements envers une personne résidente a entraîné des lacunes dans les soins et les services, en rapport avec la tolérance zéro en matière de mauvais traitements, et a présenté un risque de préjudice pour la personne résidente accusée lorsque le titulaire de permis n'a pas enquêté de manière approfondie sur une allégation de mauvais traitements.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Sources :** Dossiers de santé cliniques des personnes résidentes, IC et entretiens avec le directeur adjoint des soins, la directrice des soins et la directrice générale.

**AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir**

Problème de conformité n° 013 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 27 (1) b) de la *LRSLD* (2021)**

Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

Paragraphe 27 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- b) les mesures appropriées sont prises en réponse à chaque incident;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures appropriées soient prises à la suite d'un incident présumé de mauvais traitements envers une personne résidente.

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) a été soumis au directeur concernant l'allégation de mauvais traitements infligés à une personne résidente par un visiteur.

Le dossier de santé clinique d'une personne résidente, l'IC et l'enquête du titulaire de permis ont été examinés. La documentation indiquait que l'incident s'était produit. La documentation n'indiquait pas que le personnel avait été interrogé ou que les rapports concernant le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel avaient été extraits ou examinés sur la base 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 Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

renseignements reçus par la personne résidente. La documentation indiquait également que la police n'avait pas été contactée au sujet de l'incident.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas pris les mesures appropriées lorsqu'il a enquêté sur des incidents de mauvais traitements présumés envers une personne résidente a entraîné des lacunes dans les soins et les services, en particulier en ce qui concerne la tolérance zéro en matière de mauvais traitements envers des personnes résidentes.

**Sources :** IC, enquête du titulaire de permis, politique du titulaire de permis en matière de prévention des mauvais traitements et de la négligence (*Prevention of Abuse and Neglect of a Resident*), et entretien avec des personnes résidentes et la directrice générale.

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

Problème de conformité n° 014 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 28 (1) 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.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une allégation de mauvais traitements envers une personne résidente soit immédiatement signalée au directeur.

Conformément au paragraphe 2 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, aux fins de la définition de « mauvais traitements » au paragraphe 2 (1) de la Loi, on entend par « mauvais traitements d'ordre sexuel » tout attouchement, comportement ou remarque de nature sexuelle non consensuels ou toute exploitation sexuelle à l'égard d'une personne résidente par une personne autre qu'un titulaire de permis ou qu'un membre du personnel.

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) a été soumis au directeur concernant une allégation de mauvais traitements infligés à une personne résidente.

Le dossier de santé clinique, l'IC et l'enquête du titulaire de permis ont été examinés. La documentation indiquait que l'incident a été signalé à la directrice générale, mais qu'il n'a été signalé au directeur que vingt-quatre heures plus tard.

Le fait de ne pas s'assurer que les mauvais traitements présumés, soupçonnés ou constatés envers une personne résidente sont immédiatement signalés au directeur retarde la communication avec le directeur, pose des problèmes liés à la divulgation et à la transparence, et entraîne des lacunes dans les soins et les services liés à la politique de tolérance zéro du titulaire de permis en matière de mauvais traitements envers les personnes résidentes.

**Sources :** Dossier de santé clinique de la personne résidente, IC, enquête du titulaire de permis et entretiens avec des personnes résidentes, la directrice des soins et la directrice générale.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à faire immédiatement rapport au directeur d'un incident allégué de mauvais traitements à l'égard d'une personne résidente.

Conformément au paragraphe 2 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, aux fins de la définition de « mauvais traitements » au paragraphe 2 (1) de la Loi, on entend par « exploitation financière » le détournement ou la mauvaise utilisation de l'argent ou des biens d'un résident.

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) a été soumis au directeur concernant une allégation de mauvais traitements impliquant une personne résidente.

Le dossier de santé clinique des personnes résidentes et l'IC ont été examinés. La documentation faisait état d'incidents présumés de mauvais traitements. La documentation indiquait que l'incident avait été signalé à la directrice générale, mais ne mentionnait pas le signalement immédiat au directeur.

Le fait de ne pas s'assurer que les mauvais traitements présumés, soupçonnés ou constatés envers une personne résidente sont immédiatement signalés au directeur retarde les communications avec le directeur, pose des problèmes liés à la divulgation et à la transparence, et entraîne des lacunes dans les soins et les services liés au programme de tolérance zéro du titulaire de permis en matière de mauvais traitements.

**Sources :** Dossier de santé clinique de la personne résidente, IC et entretiens avec le personnel, la directrice des soins et la directrice générale.

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à faire immédiatement rapport au directeur d'un incident allégué de mauvais traitements à l'égard d'une personne résidente.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Conformément au paragraphe 2 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, aux fins de la définition de « mauvais traitements » au paragraphe 2 (1) de la Loi, on entend par « exploitation financière » le détournement ou la mauvaise utilisation de l'argent ou des biens d'un résident.

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) a été soumis au directeur concernant une allégation d'incident de mauvais traitements impliquant une personne résidente.

Le dossier de santé clinique des personnes résidentes et l'IC ont été examinés. La documentation faisait état de plusieurs incidents au cours desquels le personnel avait allégué que la personne résidente avait été maltraitée par une autre personne résidente.

Le personnel infirmier autorisé a indiqué qu'il savait que toute allégation de mauvais traitement devait être immédiatement signalée au directeur. L'IAA et les IA ont indiqué qu'elles n'avaient pas informé le directeur des allégations, mais que la directrice des soins et la directrice générale avaient été informées des incidents avant l'IC.

Le fait de ne pas s'assurer que les mauvais traitements présumés, soupçonnés ou constatés envers une personne résidente sont immédiatement signalés au directeur retarde les communications avec le directeur, pose des problèmes liés à la divulgation et à la transparence, et entraîne des lacunes dans les soins et les services liés au programme de tolérance zéro du titulaire de permis en matière de mauvais traitements.

**Sources :** Dossier de santé clinique des personnes résidentes, IC et entretiens avec une IAA, des IA, la directrice des soins et la directrice générale.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

4. Le titulaire de permis n'a pas signalé immédiatement au directeur les allégations de négligence à l'égard de la personne résidente.

Conformément à l'article 7 du Règl. de l'Ontario 246/22, aux fins de la Loi et du présent *Règlement*, la « négligence » s'entend du défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être. S'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents.

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) a été signalé au directeur relativement à une allégation de négligence envers une personne résidente. Le directeur a également reçu une plainte à multiples facettes concernant la négligence de la même personne résidente.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente, l'IC, une plainte écrite par le mandataire spécial de la personne résidente et l'enquête menée par le titulaire de permis ont été examinés. La documentation indique que la personne résidente n'a pas reçu les soins prévus au cours d'une période donnée. La documentation indique que le mandataire spécial de la personne résidente a fait part de ses préoccupations au personnel et aux gestionnaires du foyer de soins de longue durée en ce qui concerne les soins prodigués à la personne résidente. La documentation indiquait que l'état de santé de la personne résidente s'était dégradé et qu'elle avait été transférée à l'hôpital. La documentation indiquait que, pendant le transfert, les services d'urgence avaient fait part de leurs préoccupations concernant la négligence de la part du titulaire de permis.

Une infirmière autorisée (IA) et une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) ont confirmé qu'elles étaient au chevet de la personne résidente

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

lorsque les services d'urgence ont indiqué que ce qu'elles voyaient constituait de la « négligence » de la part du titulaire de permis. La PSSP et l'IA ont indiqué qu'elles n'avaient pas contacté le directeur au sujet de l'allégation de négligence.

Le fait que le titulaire de permis ne signale pas immédiatement les allégations de négligence à l'égard d'une personne résidente retarde la communication des renseignements au directeur et entraîne des lacunes dans les soins et les services fournis par le titulaire de permis, notamment en ce qui concerne la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers une personne résidente.

**Sources :** Dossier de santé clinique de la personne résidente, lettre de plainte, IC, enquête du titulaire de permis et entretiens avec une PSSP, une IA, le mandataire spécial de la personne résidente, la directrice des soins et la directrice générale.

**AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis de se conformer**

Problème de conformité n° 015 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 104 (4) de la *LRSLD* (2021)**

Conditions du permis

Paragraphe 104 (4) Le titulaire de permis se conforme aux conditions dont est assorti le permis.

Le titulaire de permis n'a pas respecté l'ordre de conformité (OC) n° 001, délivré dans le rapport d'inspection n° 2024\_1013\_0001, en vertu du paragraphe 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22. La date d'échéance de mise en conformité pour l'OC était le 13 septembre 2024.

**Justification et résumé**

L'OC a exigé du titulaire de permis ce qui suit :

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

1) Lorsqu'il est constaté que la température ambiante dans le foyer de soins de longue durée est inférieure à 22 degrés Celsius, le chef des services d'entretien ou la directrice générale doit prendre immédiatement des mesures correctives pour ramener la température à un minimum de 22 degrés Celsius. Les températures ambiantes et les mesures correctives doivent être consignées, avec la date, l'heure et les mesures correctives prises. La documentation doit être conservée et mise immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

Conformément à la condition 1, les fiches de la température moyenne (*Average Asset Temperature sheets*) du titulaire de permis ont été examinées. La documentation indiquait que la température ambiante, à l'intérieur du foyer de soins de longue durée, n'avait pas été maintenue à une température minimale de 22 degrés Celsius à plusieurs dates après la date limite de conformité.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce qu'un ordre de conformité soit respecté a entraîné des lacunes dans les soins et les services et, surtout, un risque d'inconfort pour les résidents du foyer Case Manor Community.

**Sources :** Fiches de suivi de la température moyenne du titulaire de permis (*Average Asset Temperature sheets*), rapports d'incidents liés à la température ambiante et entretiens avec le directeur des services environnementaux et la directrice générale.

**Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent avis écrit (APA n° 001)**

**AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)**

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *LRSLD* (2021).

**Avis de pénalité administrative (APA) n° 001**

**Lié à l'avis écrit (Problème de conformité n° 015)**

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 1100,00 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est imposée parce que le titulaire de permis ne s'est pas conformé à une ordonnance rendue en vertu de l'article 155 de la Loi.

**Historique de la conformité**

Il n'y a pas d'antécédents de non-conformité en vertu du paragraphe 104 (4) de la *LRSLD*, 2021, pour lequel l'ordre de conformité n° 001 a été délivré en vertu du paragraphe 24 (1) Règl. de l'Ont. 246/22, dans le cadre du rapport d'inspection n° 2024-1013-0001, et dont la date d'échéance de la mise en conformité était fixée au 13 septembre 2024.

Il s'agit du premier APA délivré au titulaire de permis pour non-respect de l'exigence en question.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés séparément par courrier après la signification du présent avis.

Le titulaire de permis ne doit pas payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents fournie par le ministère [c.-à-d. soins infirmiers et personnels (SIP); services de programmes et de soutien (SPS); et aliments crus (AC)]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux résidents afin de payer l'APA.

**AVIS ÉCRIT : Bain**

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Problème de conformité n° 016 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 37 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22****Bain**

Paragraphe 37 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix ou plus souvent compte tenu de ses besoins en matière d'hygiène, sauf si la chose est contre-indiquée en raison d'un état pathologique.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque personne résidente du foyer de soins de longue durée reçoive un bain au moins deux fois par semaine.

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) a été soumis au directeur concernant l'allégation de négligence envers une personne résidente. L'IC a identifié le plaignant comme le mandataire spécial de la personne résidente.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente, l'IC et la plainte écrite ont été examinés. La documentation indiquait que la personne résidente était dépendante du personnel pour tous les soins, y compris le bain. La documentation n'indiquait pas que la personne résidente avait pris son bain deux fois par semaine.

Le fait que le titulaire de permis ne fournisse pas de bain au moins deux fois par semaine a entraîné des lacunes dans les soins et les services et a posé des risques liés à l'hygiène.

**Sources :** Dossier de santé clinique de la personne résidente, IC, plainte écrite, correspondance écrite entre le mandataire spécial de la personne résidente et 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 Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

titulaire de permis ou son représentant, et entretiens avec le mandataire spécial de la personne résidente et un directeur adjoint des soins.

## **AVIS ÉCRIT : Effets personnels et aides personnelles**

Problème de conformité n° 017 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 41 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Effets personnels et aides personnelles

Paragraphe 41 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer ait ses effets personnels, notamment ses aides personnelles, comme des prothèses dentaires, des lunettes et des aides auditives :  
a) étiquetés, dans les 48 heures de son admission et, dans le cas de nouveaux effets, de leur acquisition;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les articles de soins personnels de chaque personne résidente soient étiquetés.

### **Justification et résumé**

Lors d'une visite du foyer de soins de longue durée, on a constaté que les articles de soins personnels des personnes résidentes n'étaient pas étiquetés dans les chambres communes concernées.

La personne responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) – directeur adjoint des soins a confirmé que les articles de soins personnels de chaque personne résidente devaient être étiquetés en vue d'une utilisation individuelle.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que les articles de soins personnels de chaque personne résidente soient étiquetés n'est pas hygiénique et

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

pose un risque lié à la prévention et au contrôle des infections, en particulier à la transmission d'infections potentielles.

**Sources :** Observations et entretien avec la personne responsable de la PCI – directeur adjoint des soins.

**AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes**

Problème de conformité n° 018 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Prévention et gestion des chutes

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, par. 54 (1).

Le titulaire de permis n'a pas évalué le risque de chute d'une personne résidente lorsque son état de santé a changé.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 – Quand 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 plan, une politique, un protocole, un programme, une marche à suivre, une stratégie, une initiative ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci soient respectés.

**Justification et résumé**

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Un incident critique (IC) a été soumis au directeur concernant un incident ayant causé à une personne résidente une lésion nécessitant son transport à l'hôpital, et la blessure a entraîné un changement important de l'état de santé de la personne résidente.

La politique du titulaire de permis en matière de prévention et de gestion des chutes (*Falls Prevention & Management*) indique que le personnel infirmier doit procéder à une évaluation des risques de chutes en cas de changement important de l'état physiologique, fonctionnel ou cognitif d'une personne résidente.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. La documentation n'indiquait pas que la politique du titulaire de permis en matière de prévention et de gestion des chutes avait été suivie lorsqu'une évaluation des risques de chutes n'avait pas été effectuée lorsque la personne résidente présentait un changement important de l'état cognitif.

**Sources :** Dossier de santé clinique de la personne résidente et politique du titulaire de permis en matière de prévention et de gestion des chutes (*Falls Prevention & Management*).

**AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes**

Problème de conformité n° 019 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (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 qu'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.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'après une chute, la personne résidente soit évaluée à l'aide d'un instrument d'évaluation approprié sur le plan clinique et conçu expressément pour les chutes.

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) a été soumis au directeur concernant un incident ayant causé à une personne résidente une lésion nécessitant son transport à l'hôpital, et la blessure a entraîné un changement important de l'état de santé de la personne résidente.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. La documentation indiquait que la personne résidente avait eu de nombreux incidents à la suite de son hospitalisation. La documentation a permis de constater que l'examen de dépistage des traumatismes crâniens et les évaluations après une chute n'avaient pas été effectués pour toutes les chutes répertoriées.

La politique du titulaire de permis en matière de prévention et de gestion des chutes (*Falls Prevention & Management*) indique qu'une évaluation de traumatisme crânien est nécessaire après chaque chute. Un examen de la politique du titulaire de permis en matière d'examen de dépistage des traumatismes crâniens (*Head Injury Routine*) après une chute a révélé qu'un examen des traumatismes crâniens pour toutes les chutes sans témoin et les chutes avec témoin qui entraînent un traumatisme crânien possible doit être effectué lorsqu'une personne résidente est tombée.

Le fait de ne pas effectuer d'évaluation après une chute à l'aide d'un instrument d'évaluation approprié sur le plan clinique expose la personne résidente à un risque d'évaluation inadéquate et à une possibilité limitée de détection d'un éventuel traumatisme crânien lié à une chute.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Sources :** Dossier de santé clinique de la personne résidente, politiques du titulaire de permis en matière de prévention et de gestion des chutes (*Falls Prevention & Management*) et d'examen de dépistage des traumatismes crâniens (*Head Injury Routine*), et entretien avec le physiothérapeute.

## AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 020 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du sous-alinéa 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois,

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), si cela s'impose sur le plan clinique;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente présentant une altération de l'intégrité épidermique soit réévaluée au moins une fois par semaine.

### Justification et résumé

Un incident critique (IC) a été signalé au directeur concernant l'une allégation de négligence envers une personne résidente.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente, l'IC, une lettre de plainte et l'enquête du titulaire de permis ont été examinés. La documentation n'indiquait pas que les zones concernées par l'altération de l'intégrité épidermique faisaient l'objet d'une réévaluation hebdomadaire.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce qu'une personne résidente présentant une altération de l'intégrité épidermique soit réévaluée au moins une fois par semaine a présenté un risque pour la personne résidente et a entraîné des lacunes dans les soins et les services liés au soin de la peau et des plaies.

**Sources :** Dossier de santé clinique de la personne résidente, IC, plainte écrite, enquête du titulaire de permis et entretiens avec le personnel, l'infirmière praticienne, un directeur adjoint des soins et la directrice des soins.

**AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies**

Problème de conformité n° 021 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 55 (2) d) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

d) tout résident qui a besoin du personnel pour ses changements de position est changé de position toutes les deux heures ou plus fréquemment au besoin, compte tenu de son état et de la tolérance de sa charge tissulaire, sauf qu'il ne doit être changé de position pendant qu'il dort que si cela s'impose sur le plan clinique.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente qui avait besoin du personnel pour ses changements de position soit changée de position toutes les deux heures ou plus fréquemment selon l'état de la personne résidente.

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) a été signalé au directeur relativement à une allégation de négligence envers une personne résidente.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le dossier de santé clinique de la personne résidente, l'IC, une lettre de plainte du mandataire spécial de la personne résidente et l'enquête menée par le titulaire de permis ont été examinés. La documentation indiquait que la personne résidente dépendait du personnel pour toutes les activités de la vie quotidienne et les soins de continence. La documentation indiquait que la personne résidente avait des comportements réactifs. La documentation indiquait que le mandataire spécial de la personne résidente et une infirmière autorisée (IA) ont convenu que l'état de santé de la personne résidente s'était détérioré et que son état de santé justifiait son transfert à l'hôpital. La documentation indiquait que le service médical d'urgence s'était rendu au foyer de soins de longue durée et avait constaté que la personne résidente présentait une altération de l'intégrité épidermique, ce dont le personnel n'avait pas connaissance.

Les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) ont confirmé que la personne résidente dépendait du personnel pour ses soins. Les PSSP ont indiqué que la personne résidente était connue pour avoir des comportements réactifs, ce qui avait un effet négatif sur les soins qu'elle recevait. Les PSSP, une infirmière auxiliaire autorisée (IAA), une infirmière autorisée (IA) et la directrice des soins ont indiqué que la personne résidente avait le droit de refuser les soins, y compris le repositionnement.

Une IA a indiqué que l'état de la personne résidente était instable et qu'elle n'était pas consciente des risques et des conséquences de ses actes, ce qui a contribué à l'altération de l'intégrité épidermique de cette dernière.

Le fait que le personnel n'ait pas repositionné une personne résidente qui en avait besoin a présenté un risque pour cette personne et a contribué à l'altération de l'intégrité épidermique.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Sources :** Dossier de santé clinique de la personne résidente, IC, plainte écrite, enquête du titulaire de permis et entretiens avec le personnel, le mandataire spécial de la personne résidente et la directrice des soins.

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

Problème de conformité n° 022 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 56 (2) g) 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 :

g) les résidents qui ont besoin de produits pour incontinence disposent d'assez de produits de rechange pour demeurer propres et au sec et se sentir en confort;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente ayant besoin de produits pour incontinence dispose d'assez de produits de rechange pour demeurer propre et au sec et se sentir en confort.

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) a été soumis au directeur concernant l'allégation de négligence envers une personne résidente. L'IC a identifié le plaignant comme le mandataire spécial de la personne résidente.

Le dossier de santé clinique d'une personne résidente, l'IC, la plainte écrite et l'enquête du titulaire de permis ont été examinés. La documentation indiquait que la personne résidente était dépendante du personnel pour les soins de continence. La documentation indiquait que la personne résidente avait demandé à recevoir des soins en fonction de ses besoins. La documentation indiquait que des personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) se trouvaient avec la personne

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

résidente au moment de la demande de soins, et la documentation indiquait également qu'une PSSP avait indiqué à la personne résidente que, conformément aux instructions de la directrice des soins, la personne résidente ne pouvait pas utiliser les produits et qu'elle était limitée à ce qu'elle avait. La documentation indiquait que la personne résidente avait exprimé son mécontentement quant à la réaction du personnel.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce qu'une personne résidente ayant besoin de produits de soins de continence reçoive suffisamment de changements pour rester propre, sèche et à l'aise a entraîné des lacunes dans les soins et les services liés aux soins de continence et, ce qui est de la plus haute importance, a eu une incidence sur le confort et le bien-être des personnes résidentes en général.

**Sources :** Dossier de santé clinique de la personne résidente, IC, lettre de plainte et entretiens avec le personnel, un directeur adjoint des soins, la directrice des soins et la directrice générale.

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

Problème de conformité n° 023 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 56 (2) h) 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 :

- h) les résidents disposent de divers produits pour incontinence qui, à la fois :
  - (i) tiennent compte de leurs besoins individuels évalués,
  - (ii) leur sont bien adaptés,
  - (iii) contribuent à leur confort, à leur dignité et à leur intégrité épidermique et sont faciles à utiliser,

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

- (iv) favorisent une indépendance continue, dans la mesure du possible,
- (v) sont appropriés compte tenu du moment de la journée et du type particulier d'incontinence qu'a chacun d'eux.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente reçoive des produits de soins de continence adaptés à ses besoins individuels, qu'ils lui soient correctement ajustés et qu'ils contribuent à son confort et à sa dignité.

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) a été soumis au directeur concernant l'allégation de négligence envers une personne résidente. L'IC a identifié le plaignant comme le mandataire spécial de la personne résidente.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente, une plainte écrite, l'IC et l'enquête du titulaire de permis ont été examinés. La documentation indiquait que la personne résidente était dépendante du personnel pour les soins de continence. La documentation indiquait que la personne avait exprimé son mécontentement à plusieurs personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) et à une infirmière autorisée au sujet du produit de continence fourni par le titulaire de permis. La documentation indiquait que la personne résidente avait manifesté des comportements réactifs, propres à l'utilisation du produit, et avait indiqué au personnel infirmier, à de nombreuses reprises, que le produit était inconfortable. La documentation indiquait que la personne résidente avait indiqué au personnel qu'elle souhaitait utiliser un autre produit de continence, ce à quoi le personnel a répondu à la personne résidente que c'étaient les produits fournis et qu'ils devaient être utilisés, tandis qu'à d'autres moments, le personnel a indiqué que la personne résidente devait se qualifier pour utiliser d'autres produits. La documentation n'indiquait pas que la personne résidente avait été réévaluée en ce qui concerne ses besoins en matière de continence et de confort.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que la personne résidente reçoive des produits de soins de continence en fonction de ses besoins individuels, de l'ajustement du produit et du confort de la personne résidente a entraîné des lacunes dans les soins et les services, en particulier en ce qui concerne les soins de continence, et a potentiellement contribué à l'altération de l'intégrité épidermique de la personne résidente et à l'apparition de comportements réactifs.

**Sources :** Dossier de santé clinique, IC, enquête du titulaire de permis, politique du titulaire de permis en matière de produits pour le programme de continence (*Continence Program-Products*) et entretiens avec des PSSP, un directeur adjoint des soins et la directrice générale.

**AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs**

Problème de conformité n° 024 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 58 (4) b) 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 :

b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des stratégies soient élaborées et mises en œuvre pour répondre aux comportements réactifs d'une personne résidente.

**Justification et résumé**

Un incident critique a été soumis au directeur concernant l'allégation de mauvais traitements infligés à une personne résidente.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le dossier de santé clinique des personnes résidentes et l'IC ont été examinés. La documentation indiquait que les personnes résidentes partageaient la même chambre. La documentation indiquait que la personne résidente présentait des comportements et prétendait s'emparer des effets personnels des autres personnes résidentes. La documentation examinée n'indiquait pas que des stratégies avaient été élaborées et mises en œuvre à la suite des incidents.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas élaboré et mis en œuvre des stratégies lorsqu'une personne résidente présentait un comportement réactif a eu des répercussions négatives sur cette personne et a contribué aux mauvais traitements présumés.

**Sources :** Dossiers de santé cliniques des personnes résidentes, IC et entretiens avec le mandataire spécial de la personne résidente, le personnel infirmier autorisé et la directrice générale.

**AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs**

Problème de conformité n° 025 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (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.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas pris de mesures, incluant des réévaluations, pour répondre aux besoins d'une personne résidente qui faisait preuve de comportements réactifs.

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) a été signalé au directeur concernant l'allégation de négligence envers une personne résidente.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente, l'IC, une plainte écrite et l'enquête du titulaire de permis ont été examinés. La documentation indiquait que la personne résidente était connue pour avoir des comportements réactifs définis. La documentation indiquait que la personne résidente continuait à avoir des comportements qui affectaient négativement sa santé et son bien-être en général. La documentation indiquait que les interventions planifiées pour gérer les comportements manifestés par la personne résidente étaient inefficaces. La documentation n'indiquait pas que les interventions avaient été réévaluées.

Une infirmière autorisée (IA) a indiqué que les interventions prévues n'avaient pas été efficaces et qu'aucune nouvelle intervention n'avait été élaborée ou mise en œuvre.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas réévalué les interventions auprès d'une personne résidente qui présentait des comportements réactifs a mis la personne résidente en danger et a potentiellement contribué au déclin de son état de santé et à son admission à l'hôpital.

**Sources :** Dossier de santé clinique de la personne résidente, IC, plainte écrite, enquête du titulaire de permis et entretiens avec le personnel, un directeur adjoint des soins, la directrice des soins et la directrice générale.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

## AVIS ÉCRIT : Soins palliatifs

Problème de conformité n° 026 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 61 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Soins palliatifs

Paragraphe 61 (2) Le titulaire de permis veille à ce que l'évaluation interdisciplinaire des besoins du résident en matière de soins palliatifs à l'égard de son programme de soins tienne compte des besoins physiques, affectifs, psychologiques, sociaux, culturels et spirituels du résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'évaluation interdisciplinaire des besoins en soins palliatifs de la personne résidente pour son programme de soins tienne compte de ses besoins physiques, émotionnels, psychologiques, sociaux, culturels et spirituels.

### Justification et résumé

Un incident critique (IC) a été soumis au directeur concernant un incident ayant causé à une personne résidente une lésion nécessitant son transport à l'hôpital, et la blessure a entraîné un changement important de l'état de santé de la personne résidente.

La politique du titulaire de permis en matière de soins palliatifs (*Palliative Care Approach*) indique que lorsque les personnes résidentes sont en fin de vie, l'évaluation des souhaits en matière de soins de santé doit être réalisée, le programme de soins actuel doit être arrêté et un programme de soins de fin de vie doit être mis en place. L'examen de la politique indique en outre que l'infirmière coordonne une conférence interdisciplinaire sur les soins avec la personne résidente, le mandataire spécial et le mandataire pour discuter de l'évolution 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 Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

l'état de la personne résidente et de la planification préalable des soins, et pour établir un programme de soins qui réponde aux besoins de la personne résidente.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. La documentation n'indiquait pas que la politique du titulaire de permis avait été respectée.

Le fait de ne pas veiller à ce que l'évaluation interdisciplinaire des besoins de la personne résidente en matière de soins palliatifs dans le cadre de son programme de soins tienne compte de ses besoins physiques, émotionnels, psychologiques, sociaux, culturels et spirituels a mis la personne résidente en danger de recevoir des soins inappropriés.

**Sources :** Dossier de santé clinique de la personne résidente, document du titulaire de permis sur l'évaluation des souhaits des personnes résidentes en matière de soins de santé (*Resident Health Care Wishes Assessment*), politique du titulaire de permis en matière d'approche des soins palliatifs (*Palliative Care Approach*), et entretiens avec le personnel infirmier autorisé.

## AVIS ÉCRIT : Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Problème de conformité n° 027 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 74 (2) d) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Paragraphe 74 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les programmes comprennent ce qui suit :

d) un système de surveillance et d'évaluation de l'ingestion d'aliments et de liquides des résidents dont les risques liés à l'alimentation et à l'hydratation sont identifiés;

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que son système de surveillance et d'évaluation de l'apport alimentaire des personnes résidentes soit respecté.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règlement de l'Ontario 246/22 – Quand 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 plan, une politique, un protocole, un programme, une marche à suivre, une stratégie, une initiative ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci soient respectés.

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) a été signalé au directeur relativement à une allégation de négligence envers une personne résidente.

La politique du titulaire de permis en matière de surveillance de l'hydratation et de la nutrition (*Hydration and Nutrition Monitoring*) a été examinée.

Le dossier de santé clinique, l'IC, une plainte écrite et l'enquête du titulaire de permis ont été examinés. La documentation indiquait que la personne résidente avait été évaluée comme présentant un risque nutritionnel. La documentation indiquait que, pendant une période donnée, la personne résidente ne répondait pas à ses besoins en matière de nutrition ou d'hydratation.

La documentation indiquait que la personne résidente avait été admise à l'hôpital. La documentation n'indiquait pas que les besoins nutritionnels et d'hydratation de la personne résidente étaient surveillés quotidiennement par le personnel infirmier autorisé; elle n'indiquait pas que la personne résidente était évaluée pour les symptômes de déshydratation; elle n'indiquait pas que le diététiste professionnel et l'infirmière praticienne étaient informés que la personne résidente n'atteignait pas ses objectifs nutritionnels; elle n'indiquait pas non plus que le mandataire spécial 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 Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

la personne résidente était systématiquement informé des changements liés à la nutrition et à l'hydratation.

Le fait que le personnel infirmier autorisé ne se soit pas conformé à la politique du titulaire de permis concernant la surveillance de l'hydratation et de la nutrition a entraîné des lacunes dans les soins et les services, a exposé la personne résidente à un risque de préjudice et a potentiellement contribué à l'admission de la personne résidente à l'hôpital.

**Sources :** Dossier de santé clinique de la personne résidente, IC, enquête du titulaire de permis, politique du titulaire de permis en matière de surveillance de l'hydratation et de la nutrition (*Hydration and Nutrition Monitoring*), et entretiens avec le mandataire spécial de la personne résidente, le personnel, le diététiste professionnel et l'infirmière praticienne.

**AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections**

Problème de conformité n° 028 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 102 (9) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (9) Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart de travail :

a) les symptômes indiquant la présence d'infections chez des résidents sont surveillés conformément aux normes ou protocoles que délivre le directeur en application du paragraphe (2);

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente présentant des symptômes d'une infection soit surveillée à chaque quart de travail.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) a été signalé au directeur relativement à une allégation de négligence.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente, l'IC, une plainte écrite du mandataire spécial de la personne résidente et l'enquête menée par le titulaire de permis ont été examinés. La documentation indiquait que l'infirmière praticienne a évalué la personne résidente, qu'elle a constaté qu'elle souffrait d'une infection et que l'infirmière praticienne a prescrit des médicaments pour traiter l'infection. La documentation n'a pas permis d'identifier la personne résidente qui présentait les symptômes d'une infection, qui a été surveillée pour les symptômes de l'infection ou qui a réagi au traitement prescrit.

Le fait de ne pas surveiller une personne résidente qui présentait les symptômes d'une infection et qui était traitée pour cette infection présentait un risque de préjudice pour la personne résidente.

**Sources :** Dossier de santé clinique de la personne résidente, IC, une plainte, enquête du titulaire de permis, un entretien avec le directeur adjoint des soins – personne responsable de la PCI.

**AVIS ÉCRIT : Avis : incidents**

Problème de conformité n° 029 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 104 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Avis : incidents

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Paragraphe 104 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le mandataire spécial du résident, s'il y en a un, et toute autre personne que précise le résident :

a) soient avisés dès qu'il prend connaissance d'un incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers le résident qui lui a causé une lésion physique ou des douleurs ou encore des souffrances qui pourraient nuire à sa santé ou à son bien-être;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial d'une personne résidente soit informé d'un incident présumé de mauvais traitements impliquant cette personne.

**Justification et résumé**

Le titulaire de permis a soumis au directeur un incident critique (IC) en rapport avec un incident de mauvais traitements allégué envers une personne résidente.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente, l'IC et l'enquête du titulaire de permis ont été examinés. La documentation a permis de constater que l'incident s'était produit. La documentation indiquait que la personne résidente était bouleversée par l'incident. La documentation indiquait que la personne résidente avait désigné un mandataire spécial pour les soins. La documentation n'indiquait pas que le mandataire spécial de la personne résidente avait été informé de l'incident.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas informé le mandataire spécial d'une personne résidente des incidents de mauvais traitements a entraîné des lacunes dans les soins et les services liés à la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et a empêché une personne résidente de recevoir le soutien nécessaire de la part du mandataire spécial.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Sources :** Dossier de santé clinique de la personne résidente, IC, enquête du titulaire de permis, politique du titulaire de permis en matière de prévention des mauvais traitements et de la négligence (*Prevention of Abuse and Neglect of a Resident*), entretiens avec la personne résidente, la directrice des soins et la directrice générale.

**AVIS ÉCRIT : Avis : police**

Problème de conformité n° 030 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'article 105 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Avis : police

Article 105 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le service de police concerné soit immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers un résident s'il soupçonne que l'incident constitue une infraction criminelle. Règl. de l'Ont. 246/22, art. 105 et par. 390 (2).

Le titulaire de permis n'a pas immédiatement informé la police d'un incident de mauvais traitements infligés à une personne résidente avec témoin.

Au Canada, le Code criminel définit l'agression sexuelle comme tout acte sexuel non désiré commis par une personne sur une autre, ou toute activité sexuelle sans le consentement ou l'accord volontaire d'une personne. Selon le Code criminel du Canada, partie VIII, article 271, il y a agression sexuelle lorsqu'une personne est touchée d'une manière qui porte atteinte à son intégrité sexuelle, ce qui inclut les « baisers ».

**Justification et résumé**

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Un incident critique (IC) a été soumis au directeur concernant un incident présumé de mauvais traitements infligés à une personne résidente.

Le dossier de santé clinique d'une personne résidente, l'IC et l'enquête du titulaire de permis ont été examinés. La documentation confirmait que l'incident s'était produit et qu'une autre personne résidente en a été témoin. La documentation indiquait que la personne résidente n'avait pas consenti aux actions du visiteur. La personne résidente a indiqué qu'elle se sentait « sans défense » et qu'elle était « mal à l'aise » face aux actions du visiteur.

La directrice générale a confirmé que l'incident s'était produit. La directrice générale a déclaré que l'incident n'avait pas été signalé à la police.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas informé la police d'un incident de mauvais traitements devant témoin a représenté un risque pour la personne résidente et les autres personnes résidentes, a empêché la tenue d'une enquête policière indépendante, si cela était justifié, et a entraîné des lacunes dans les soins et les services en ce qui concerne la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements envers les personnes résidentes.

**Sources :** Dossier de santé clinique de la personne résidente, IC, enquête du titulaire de permis, politique du titulaire de permis en matière de prévention des mauvais traitements et de la négligence (*Prevention of Abuse and Neglect of a Resident*), entretien avec la directrice générale.

**AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes**

Problème de conformité n° 031 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la sous-disposition 3 i du paragraphe 108 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Traitement des plaintes**

Paragraphe 108 (1) Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel portant sur les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

3. La réponse fournie à l'auteur d'une plainte comprend ce qui suit :

i. le numéro de téléphone sans frais du ministère à composer pour porter plainte au sujet des foyers, ses heures de service et les coordonnées de l'ombudsman des patients visé à la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la réponse écrite fournie à une personne ayant déposé une plainte comprenne le numéro de téléphone sans frais du ministère pour les plaintes portant sur les foyers, ses heures de service et les coordonnées de l'ombudsman des patients.

**Justification et résumé**

La directrice générale a reçu une plainte écrite portant sur les soins prodigués à une personne résidente. La plainte faisait état de négligence.

La plainte, rédigée par le mandataire spécial de la personne résidente, et la réponse du titulaire de permis ont été examinées. La documentation n'indiquait pas que la réponse du titulaire de permis au plaignant comprenait le numéro sans frais du Ministère pour déposer une plainte et ses heures d'ouverture, ainsi que les coordonnées de l'ombudsman des patients.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas fourni aux plaignants les renseignements exigés par l'article 108 du Règl. de l'Ont. 246/22 a entraîné des lacunes dans le programme de gestion des plaintes du titulaire de permis.

**Sources :** Plainte écrite, réponse écrite du titulaire de permis, et entretiens avec le mandataire spécial de la personne résidente et la directrice générale.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

## AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

Problème de conformité n° 032 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 108 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Traitement des plaintes

Paragraphe 108 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté où figurent notamment les renseignements suivants :

- a) la nature de chaque plainte verbale ou écrite;
- b) la date de réception de la plainte;
- c) le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire;
- d) le règlement définitif, le cas échéant;
- e) chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse;
- f) toute réponse formulée à son tour par l'auteur de la plainte.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un dossier documenté soit conservé dans le foyer, comprenant la nature de la plainte, la date de réception de la plainte, les mesures prises pour résoudre la plainte, y compris la date, les délais et les mesures de suivi nécessaires, la résolution finale et la réponse fournie au plaignant, ainsi que la réponse de ce dernier.

### Justification et résumé

Une plainte, rédigée par le mandataire spécial d'une personne résidente, a été reçue par la directrice générale. La plainte fait état de négligence à l'égard d'une personne résidente.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

L'inspection de la plainte n'a pas permis de constater qu'il existait un dossier documenté de la plainte qui comprenait toutes les exigences conformément au paragraphe 108 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.

La directrice générale a confirmé avoir reçu la plainte écrite concernant la personne résidente, ainsi que les plaintes déposées en 2024 concernant les soins et les opérations. La directrice générale a indiqué qu'elle ne tenait pas de registre documenté des plaintes reçues, de la réponse du titulaire de permis et du plaignant, ou des mesures prises par le titulaire de permis pour résoudre les plaintes.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce qu'il y ait un registre documenté des plaintes reçues et des mesures prises pour les résoudre a entraîné des lacunes dans le processus de traitement et de gestion des plaintes du titulaire de permis.

**Sources :** Plainte, politique du titulaire de permis en matière de gestion des plaintes (*Complaints Management Program*), et entretien avec la directrice générale.

**AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes**

Problème de conformité n° 033 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 108 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Traitement des plaintes

Paragraphe 108 (3) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

a) le dossier documenté est examiné et analysé pour déceler les tendances au moins une fois chaque trimestre;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les plaintes soient examinées et analysées au moins une fois par trimestre afin d'en dégager les tendances.

**Justification et résumé**

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Un incident critique (IC) a été signalé au directeur relativement à une allégation de négligence.

La directrice générale a confirmé qu'elle avait reçu des préoccupations en matière de soins et d'opérations en 2024. La directrice générale a confirmé qu'il n'existait aucun document attestant de l'examen et de l'analyse des tendances en matière de plaintes cette année.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas examiné et analysé les tendances en matière de plaintes a entraîné des lacunes dans les soins et les services, en particulier en ce qui concerne le traitement des plaintes, et a potentiellement empêché de déterminer les améliorations à apporter aux services.

**Sources :** Entretien avec la directrice générale.

**AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments**

Problème de conformité n° 034 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Administration des médicaments

140 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des médicaments soient administrés à une personne résidente conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

**Justification et résumé**

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Un incident critique (IC) a été soumis au directeur concernant l'allégation de négligence envers une personne résidente.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente, l'IC, une plainte écrite et l'enquête du titulaire de permis ont été examinés. La documentation indique que le mandataire spécial de la personne résidente s'est inquiété du fait que cette dernière ne prenait pas systématiquement ses médicaments et a indiqué que le personnel avait trouvé des médicaments en possession de la personne résidente. La documentation indiquait qu'à une date donnée, une infirmière autorisée (IA) avait trouvé des « pilules » dans la poubelle d'une personne résidente.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que les médicaments soient administrés à la personne résidente, conformément à la prescription du médecin, a mis la personne résidente et d'autres personnes en danger, a entraîné des lacunes dans les soins et les services, notamment en ce qui concerne la sécurité des médicaments, et a potentiellement contribué au déclin de l'état de santé de la personne résidente.

**Sources :** Le dossier de santé clinique de la personne résidente, une plainte écrite, un rapport d'enquête et des entretiens avec le mandataire spécial de la personne résidente, le personnel et un directeur adjoint des soins.

**AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments**

Problème de conformité n° 035 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 140 (7) d) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Administration des médicaments

Paragraphe 140 (7) Si un résident du foyer peut s'administrer un médicament en vertu du paragraphe (6), le titulaire de permis veille à ce que des politiques écrites

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

soient en place pour s'assurer que tout résident qui s'administre un médicament comprenne ce qui suit :

d) la nécessité qu'ils mettent le médicament en sûreté s'il leur est permis de le garder sur eux ou dans leur chambre en vertu du paragraphe (8). Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140 (7); Règl. de l'Ont. 66/23, par. 28 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé au respect des politiques écrites relatives au système de gestion des médicaments, en particulier à l'« auto-administration » des médicaments par une personne résidente autorisée à le faire.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règlement de l'Ontario 246/22 – Quand 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 plan, une politique, un protocole, un programme, une marche à suivre, une stratégie, une initiative ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci soient respectés.

**Justification et résumé**

Une inspection de suivi a été effectuée.

Au cours de l'inspection, une personne résidente a été observée en train de s'administrer elle-même un médicament. Le médicament a été observé non sécurisé sur une aide à la mobilité.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. La documentation indiquait que la personne résidente avait une ordonnance du médecin pour s'administrer elle-même le médicament en question.

La politique du titulaire de permis en matière d'auto-administration de médicaments (*Self-Administration of Medication*) stipule que si une personne résidente est jugée apte à s'administrer soi-même ses médicaments, le personnel infirmier doit

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

s'assurer que les exigences appropriées en matière de stockage et de sécurité sont en place pour protéger et restreindre l'accès à toute personne autre que la personne résidente.

La personne résidente a indiqué qu'elle gardait les médicaments en question dans le panier de son aide à la mobilité pour en faciliter l'utilisation. La personne résidente a indiqué que certaines personnes résidentes de la communauté avaient tendance à se promener dans les chambres des autres personnes résidentes et a confirmé que sa chambre n'était pas fermée à clé pendant qu'elle dormait.

Le personnel infirmier a indiqué qu'il n'était pas au courant des exigences en matière de stockage et de sécurité utilisées par la personne résidente pour s'assurer que les médicaments ne sont pas accessibles par d'autres personnes résidentes.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que sa politique en matière d'auto-administration des médicaments soit respectée a entraîné des lacunes dans le système de gestion des médicaments et un risque de préjudice pour les personnes résidentes, en particulier en ce qui concerne l'inhalation accidentelle d'un médicament par les personnes résidentes.

**Sources :** Observations, examen du dossier de santé clinique d'une personne résidente, de la politique du titulaire de permis en matière d'auto-administration de médicaments (*Self-Administration of Medication*) et entretiens avec la personne résidente, le personnel et la directrice des soins.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Programme de soins**

Problème de conformité n° 036 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Programme de soins

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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.

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

Le titulaire de permis doit :

1. Le directeur des soins ou l'éducateur auprès du personnel infirmier doivent élaborer et mettre en œuvre une formation en personne pour l'ensemble du personnel infirmier autorisé, y compris le personnel d'agence. Cette formation doit porter sur les exigences en matière de documentation définies dans la politique du titulaire de permis en matière d'approche interdisciplinaire des soins palliatifs, y compris, mais sans s'y limiter, la documentation relative à la demande de modification des ordonnances, toutes les conversations avec le médecin ou l'infirmière praticienne, les résultats des évaluations déclenchées par un changement dans l'état de la personne résidente, la réalisation de l'évaluation électronique des souhaits en matière de soins de santé (avec vérification et suivi) qui comprend le fait que le médecin ou l'infirmière praticienne a terminé sa partie de l'évaluation. La documentation doit être conservée et mise immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

2. La directrice des soins doit veiller à ce qu'un registre écrit de toutes les formations soit conservé, de même qu'un registre de la connaissance démontrée de la formation. Ce dossier comprendra la formation donnée, le nom de la personne qui l'a donnée, un registre de l'examen des connaissances, la date et l'heure de la formation, ainsi que le nom et la signature du personnel qui a reçu cette formation.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Ces dossiers doivent être mis à la disposition de l'inspectrice ou inspecteur immédiatement sur demande.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins de la personne résidente collaborent aux évaluations de cette personne de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles les unes avec les autres et se complètent.

**Justification et résumé**

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné.

La politique du titulaire de permis en matière d'approche interdisciplinaire des soins palliatifs (*Interdisciplinary Palliative Care Approach*) indique que la communauté maintiendra une prestation cohérente des soins en utilisant une approche d'équipe interdisciplinaire dans le continuum des soins pour soutenir les personnes résidentes et leurs proches. La politique indique également que l'infirmière coordonnera une conférence interdisciplinaire sur les soins avec la personne résidente, le mandataire spécial et le mandataire pour discuter de l'évolution de l'état de la personne résidente et de la planification préalable des soins, et pour établir un programme de soins qui réponde aux besoins de la personne résidente.

La documentation examinée dans le dossier de santé clinique de la personne résidente n'a pas permis de déterminer la collaboration qui s'est produite dans le cadre des soins prodigués à la personne résidente.

Le fait que le personnel et les autres personnes impliquées dans les différents aspects de la prise en charge de la personne résidente n'aient pas collaboré dans

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

leurs évaluations a entraîné une approche incohérente des soins et des soins inappropriés.

**Sources :** Dossier de santé clinique de la personne résidente, politique du titulaire de permis en matière d'approche interdisciplinaire des soins palliatifs (*Interdisciplinary Palliative Care Approach*) et entretiens avec le personnel infirmier autorisé et l'infirmière praticienne.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 28 mars 2025**

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 Programme de soins**

Problème de conformité n° 037 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 6 (10) c) 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 :

c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces.

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

Le titulaire de permis doit :

1. Le responsable du programme de prévention des chutes ou le gestionnaire désigné doit vérifier la documentation relative à tous les incidents liés à des chutes survenus dans le foyer de soins de longue durée pendant une période de quatre semaines. La vérification comprendra un examen de toutes les évaluations réalisées conformément au programme de prévention et de gestion des chutes du titulaire

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

de permis, y compris, mais sans s'y limiter, les évaluations après une chute, l'évaluation des risques de chute, l'examen de dépistage des traumatismes crâniens, les réunions après une chute, les références, les recommandations de mise à jour du programme de soins écrit, les mises à jour du cardex et les changements apportés au programme de soins écrit sur la base des évaluations et des références.

2. Si les vérifications révèlent que la documentation, les évaluations et les mises à jour du programme de soins n'ont pas été effectuées conformément à la politique du titulaire de permis, le responsable du programme de prévention des chutes ou le gestionnaire désigné prendra des mesures correctives pour s'assurer que la documentation et les évaluations requises sont effectuées par tout membre du personnel qui ne se conforme pas au programme de prévention et de gestion des chutes du titulaire de permis.

3. La directrice des soins ou le responsable désigné examine le procès-verbal de la dernière réunion du comité de la sécurité des personnes résidentes et vérifie que tous les incidents liés à des chutes ont été examinés par le comité, y compris toute recommandation de changement.

4. Les conditions n<sup>os</sup> 1, 2 et 3 doivent être documentées, y compris le résultat et toute mesure corrective prise. Les documents doivent être conservés et mis immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé lorsque les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces.

**Justification et résumé**

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Un incident critique (IC) a été soumis au directeur concernant un incident ayant causé à une personne résidente une lésion nécessitant son transport à l'hôpital, et la blessure a entraîné un changement important de l'état de santé de la personne résidente.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. La documentation indiquait que la personne résidente avait eu de multiples incidents après son retour dans le foyer de soins de longue durée. La documentation n'indiquait pas que des révisions ou des mises à jour avaient été effectuées à la suite des incidents.

Le fait de ne pas revoir et réviser le programme de soins lorsque les interventions existantes en matière de prévention des chutes n'étaient pas efficaces a exposé la personne résidente à un risque de chutes continues.

**Sources :** Dossier de santé clinique de la personne résidente.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 28 mars 2025**

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 Obligation de protéger**

Problème de conformité n° 038 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 24 (1) de la *LRSLD* (2021)**

Obligation de protéger

Paragraphe 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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

Le titulaire de permis doit :

1. La directrice des soins et le personnel de direction doivent examiner les exigences énoncées dans la politique du titulaire de permis en matière d'approche interdisciplinaire des soins palliatifs (*Interdisciplinary Palliative Care Approach*) et dresser une liste de vérification décrivant toutes les exigences et attentes en matière de soins définies dans la politique. Il s'agit notamment d'évaluations complètes, de mises à jour du programme de soins écrit en fonction des résultats des évaluations, de conférences interdisciplinaires sur les soins, de la réalisation de toutes les évaluations requises, y compris l'échelle de performance pour soins palliatifs, l'outil SBAR pour les soins palliatifs, la communication avec le médecin/la documentation de l'infirmière praticienne, l'évaluation de la douleur, la communication avec la famille et le mandataire spécial, la réalisation complète de l'évaluation des souhaits en matière de soins de santé par tous les membres de l'équipe de soins, le cas échéant, et le soutien requis du coordinateur de l'expérience des résidents et de la famille. L'outil doit indiquer les dates auxquelles les éléments requis ont été réalisés et préciser quel membre du personnel les a réalisés.

2. La directrice des soins et le personnel de direction doivent former tous les membres du personnel, y compris ceux d'agence, qui doivent remplir la liste de vérification, aux exigences de cette liste dans le cadre de leurs rôles et responsabilités tels qu'ils sont définis dans la politique en matière d'approche interdisciplinaire des soins palliatifs. Un registre écrit de toutes les formations données, de la personne qui les a données, de la date et de l'heure auxquelles elles ont été données, ainsi que du nom et de la signature du membre du personnel qui a reçu cette formation, sera conservé.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

3. La liste de vérification établie pour la condition n° 1 et les registres décrits dans la condition n° 2 doivent être mis à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

4. La directrice des soins ou l'infirmière gestionnaire désignée examinera la définition de « négligence » telle qu'elle est définie dans l'article 7 du Règl. de l'Ont. 246/22, avec « toutes » les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), les infirmières auxiliaires autorisées et les infirmières autorisées, y compris les infirmières d'agence, qui sont affectés aux soins dans la communauté concernée ou qui en assurent la supervision. L'examen doit être documenté, y compris la date de l'examen, le nom et le rôle du personnel et la personne qui a procédé à l'examen. La documentation doit être conservée et mise immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

5. Le directeur régional des opérations, ou un autre représentant désigné de Sienna Corporate, examinera la définition de « négligence » telle qu'elle est définie dans l'article 7 du Règl. de l'Ont. 246/22, avec les directeurs adjoints des soins, la directrice des soins et la directrice générale. L'examen doit être documenté, y compris la date de l'examen, le nom et le rôle du personnel et la personne qui a procédé à l'examen. La documentation doit être conservée et mise immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

6. Une « équipe », composée de préposés aux services de soutien à la personne, qui sont régulièrement affectés au travail de jour, de soir et de nuit dans une communauté déterminée, d'une infirmière auxiliaire autorisée, qui est régulièrement affectée à la communauté déterminée, de l'IAA du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement, d'une infirmière autorisée, des directeurs adjoints des soins, d'un diététiste professionnel et de la directrice des soins, examinera le programme de soins de la personne résidente déterminée et élaborera et mettra en œuvre les meilleures stratégies de soins, y compris, mais sans s'y limiter, l'hygiène personnelle et la toilette, le bain, les soins de continence, la prévention et les soins

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

de la peau et des plaies, la nutrition et l'hydratation, la gestion des médicaments et les comportements réactifs. L'examen, l'élaboration et la mise en œuvre des meilleures stratégies de soins doivent être documentés et inclure la date de l'examen, le nom et le rôle des participants, la discussion et les résultats élaborés et à mettre en œuvre. La documentation doit être conservée et mise immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande. L'examen doit être entamé dans un délai d'une semaine à compter de la réception du rapport d'inspection par le titulaire de permis.

7. L'« équipe », comme indiqué dans la condition n° 6, examinera chaque semaine les meilleures stratégies de soins pour la personne résidente concernée afin de déterminer si les stratégies de soins ont été efficaces et, dans le cas contraire, l'« équipe » réévaluera et révisera le programme de soins et y intégrera de nouvelles stratégies de soins. L'examen, l'élaboration et la mise en œuvre des meilleures stratégies de soins doivent être documentés et inclure la date de l'examen, le nom et le rôle des participants, la discussion et les résultats élaborés et à mettre en œuvre. La documentation doit être conservée et mise immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande. L'examen, la réévaluation et la révision des meilleures stratégies de soins doivent être effectués chaque semaine pendant six semaines.

8. Les examens, ainsi que l'élaboration et la mise en œuvre des meilleures stratégies de soins, seront communiqués à l'ensemble du personnel de la communauté concernée, après chaque examen, afin de garantir qu'une approche collaborative est systématiquement adoptée par l'ensemble du personnel et qu'elle est fournie à la personne résidente. La communication doit être documentée, y compris la date et la plateforme utilisée pour communiquer avec le personnel. La documentation doit être conservée et mise immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

9. Les examens, l'élaboration et la mise en œuvre des meilleures stratégies de soins seront communiqués au mandataire spécial de la personne résidente afin de lui permettre de participer au programme de soins de la personne résidente.

10. La directrice des soins veille à ce que toutes les modifications apportées au programme de soins de la personne résidente concernée soient communiquées au mandataire spécial dans les vingt-quatre heures et à ce que ces modifications soient consignées dans le dossier de santé clinique de la personne résidente. La directrice des soins ou le responsable désigné examinera quotidiennement le programme de soins de la personne résidente concernée afin de s'assurer que toutes les modifications ont été communiquées au mandataire spécial de la personne résidente. Si la directrice des soins ou le responsable désigné constate une déficience, des mesures immédiates doivent être prises pour y remédier. La documentation de l'examen et de toute mesure corrective prise doit être conservée et mise immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

11. La directrice des soins prendra des dispositions pour qu'un fournisseur de services externe assure une formation en personne à l'ensemble du personnel infirmier de la communauté concernée, aux directeurs adjoints des soins, à la directrice des soins et à la directrice générale en ce qui concerne les troubles mentaux constatés et les conseils que le personnel peut mettre en œuvre lorsqu'une personne résidente est en situation de « crise », refuse les soins et risque de se faire du mal à elle-même. La formation en personne doit être documentée, y compris la date, le nom et le rôle du personnel, le formateur et le contenu de la formation. La documentation doit être conservée et mise immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

**Motifs**

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit protégée contre la négligence par le personnel.

Conformément à l'article 7 du Règl. de l'Ont. 246/22, la définition qui suit s'applique dans le cadre de la Loi et du présent règlement : « négligence » S'entend du défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être. S'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents.

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) a été soumis au directeur concernant un incident ayant causé à une personne résidente une lésion nécessitant son transport à l'hôpital, et la blessure a entraîné un changement important de l'état de santé de la personne résidente.

En raison d'une série d'omissions et de manquements, le titulaire de permis n'a pas fourni à une personne résidente le traitement, les soins, les services ou l'assistance nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être, dans le cadre d'une inaction continue qui a mis en péril sa santé, sa sécurité et son bien-être.

En ce qui concerne les non-conformités relevées dans le présent rapport d'inspection, des omissions et des erreurs ont été constatées, notamment en ce qui concerne les points suivants :

Avis écrit – Paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22 – 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

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels.

Avis écrit – Paragraphe 54 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22 – 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 qu'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.

Ordre de conformité, hautement prioritaire [OC (HP) – Alinéa 6 (10) c) de la *LRSLD* (2021)] – 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 les soins prévus dans le programme n'ont pas été efficaces.

OC (HP) – Paragraphe 57 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22 – Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit : Des stratégies de gestion de la douleur, notamment des interventions non pharmacologiques, ainsi que des fournitures, des appareils et des appareils fonctionnels.

OC (HP) – Disposition 4 du paragraphe 57 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22 – Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit : La surveillance des réactions des résidents aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

Avis écrit – Paragraphe 61 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22 – Le titulaire de permis doit veiller à ce que l'évaluation interdisciplinaire des besoins en soins palliatifs de la personne résidente pour son programme de soins tienne compte de ses besoins physiques, émotionnels, psychologiques, sociaux, culturels et spirituels.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

OC (HP) – Paragraphe 61 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22 – Le titulaire de permis doit s'assurer que, sur la base de l'évaluation des besoins en soins palliatifs de la personne résidente, les options de soins palliatifs mises à sa disposition comprennent, au minimum, la gestion des symptômes.

OC (HP) – Paragraphe 61 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22 – Il est entendu que le titulaire de permis doit s'assurer que le consentement de la personne résidente est obtenu conformément à l'article 7 de la Loi avant de prendre les mesures prévues au présent article et avant que des soins palliatifs ne soient prodigués à la personne résidente.

OC (HP) – Alinéa 6 (4) b) de la *LRSLD* (2021) – Le titulaire de permis doit veiller à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins de la personne résidente collaborent à l'élaboration et à 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.

Une série de manquements et d'omissions conduisent à la négligence de la personne résidente. Le fait que plusieurs membres du personnel n'aient pas suivi les politiques du titulaire de permis et ne se soient pas conformés à la législation, et que les gestionnaires n'aient pas supervisé et veillé à ce que leurs politiques, leurs programmes et leur législation soient mis en œuvre et respectés, constitue une négligence qui a eu des répercussions sur la vie de la personne résidente.

**Sources :** Dossier de santé clinique de la personne résidente, documenté dans le cadre des protocoles d'inspection établis, et entretiens avec le personnel.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit protégée et non négligée par le personnel.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Conformément à l'article 7 du Règl. de l'Ont. 246/22, la définition qui suit s'applique dans le cadre de la Loi et du présent règlement : « négligence » S'entend du défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être. S'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents.

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) a été soumis au directeur concernant l'allégation de négligence envers une personne résidente. L'IC a identifié le plaignant comme le mandataire spécial de la personne résidente.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente, l'IC, la plainte écrite et l'enquête du titulaire de permis ont été examinés. La documentation indiquait que la personne résidente avait un diagnostic connu. La documentation indiquait que la personne résidente était dépendante du personnel pour les activités de la vie quotidienne, les soins de continence, et la surveillance et le soutien de son état de santé. La documentation indiquait que la personne résidente avait subi un changement dans son état et que son état était resté instable pendant une période déterminée. La documentation indiquait que la personne résidente avait et continuait d'avoir des comportements qui avaient une incidence négative sur son état de santé et son bien-être en général.

La documentation indiquait que la personne résidente avait été évaluée par le personnel infirmier autorisé comme ayant des changements connus dans ses signes vitaux, pendant une période déterminée, sans que l'infirmière praticienne ou un autre fournisseur de soins de santé en ait été informé. La documentation indiquait que l'état de la personne résidente continuait à se détériorer, ce qui a conduit une infirmière diplômée (IA) et le mandataire spécial de la personne résidente à prendre la décision de transférer cette dernière à l'hôpital. La

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

documentation indiquait que les services médicaux d'urgence s'étaient rendus au foyer de soins de longue durée pour évaluer la personne résidente, qu'ils avaient convenu que la personne résidente nécessitait une intervention médicale et qu'ils avaient évalué que l'intégrité épidermique de la personne résidente était altérée, ce que le personnel du foyer de soins de longue durée ne savait pas. La documentation indiquait que les services médicaux d'urgence s'inquiétaient de l'état général de la personne résidente et indiquaient au personnel et au mandataire spécial de la personne résidente que cette dernière était « négligée » par le personnel du foyer de soins de longue durée. La personne résidente a été admise à l'hôpital pour y être évaluée et traitée.

Le personnel, le diététiste professionnel, le directeur adjoint des soins, la directrice des soins et la directrice générale ont tous indiqué que la personne résidente avait « le droit de refuser les soins ».

Une infirmière autorisée a indiqué qu'elle avait fait part de ses préoccupations concernant l'état de santé de la personne résidente à la directrice des soins à plusieurs reprises. L'IA a indiqué qu'on lui avait dit que « la personne résidente avait le droit de refuser ». L'IA a indiqué que la personne résidente était instable et qu'elle n'était pas consciente des risques et des conséquences de ses actes.

Le mandataire spécial de la personne résidente s'est dit préoccupé par le fait qu'il n'était pas toujours informé de l'évolution de l'état de la personne et de l'ampleur de ses comportements. Le mandataire spécial a indiqué que son proche avait été négligé.

En raison d'une série d'omissions et de manquements, le titulaire de permis n'a pas fourni à une personne résidente le traitement, les soins, les services ou l'assistance nécessaires pour maintenir la santé, la sécurité ou le bien-être de la personne résidente. L'inaction continue du personnel et des responsables a mis en péril la santé, la sécurité et le bien-être de la personne résidente.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Les cas de non-conformité suivants, propres à la personne résidente, ont été relevés dans ce rapport :

Avis écrit – en vertu de l'alinéa 6 (4) a) de la *LRSLD* (2021) – 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 que leurs évaluations soient compatibles les unes avec les autres et se complètent.

Ordre de conformité (OC) – en vertu du paragraphe 6 (5) de la *LRSLD* (2021) – Le titulaire de permis veille à ce que le mandataire spécial du résident ait la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins du résident.

Avis écrit – en vertu du paragraphe 6 (7) de la *LRSLD* (2021) – Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident

Avis écrit – en vertu du paragraphe 37 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix.

Avis écrit – en vertu du sous-alinéa 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22 – Le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique est réévalué au moins une fois par semaine.

Avis écrit – en vertu de l'alinéa 55 (2) d) du Règl. de l'Ont. 246/22 – Tout résident qui a besoin du personnel pour ses changements de position est changé de position toutes les deux heures ou plus fréquemment au besoin.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Avis écrit – en vertu de l'alinéa 56 (2) g) du Règl. de l'Ont. 246/22 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents qui ont besoin de produits pour incontinence disposent d'assez de produits de rechange pour demeurer propres et au sec et se sentir en confort.

Avis écrit – en vertu de l'alinéa 56 (2) h) du Règl. de l'Ont. 246/22 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents disposent de divers produits pour incontinence qui, à la fois tiennent compte de leurs besoins individuels évalués, leur sont bien adaptés et contribuent à leur confort, à leur dignité et à leur intégrité épidermique.

Avis écrit – en vertu de l'alinéa 58 (4) c) du Règl. de l'Ont. 246/22 – Le titulaire de permis veille à ce que pour chaque personne résidente qui manifeste des comportements réactifs, des mesures soient prises pour répondre aux besoins de la personne résidente, y compris des évaluations, des réévaluations et des interventions, et à ce que les réponses de la personne résidente à ces interventions soient consignées par écrit.

Avis écrit – en vertu de l'alinéa 74 (2) d) du Règl. de l'Ont. 246/22 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les programmes comprennent un système de surveillance et d'évaluation de l'ingestion d'aliments et de liquides des résidents dont les risques liés à l'alimentation et à l'hydratation sont identifiés

Avis écrit – en vertu du paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22 – Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

L'inaction continue du personnel et des responsables a mis en péril la santé, la sécurité et le bien-être de la personne résidente.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Sources :** Dossier de santé clinique de la personne résidente, IC, plainte écrite, enquête du titulaire de permis et entretiens avec le mandataire spécial de la personne résidente, le personnel, le diététiste professionnel, l'infirmière praticienne, un directeur adjoint des soins, la directrice des soins et la directrice générale des soins.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 28 mars 2025**

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 004 Gestion de la douleur**

Problème de conformité n° 039 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRS LD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 4 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 :

4. La surveillance des réactions des résidents aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

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

Le titulaire de permis doit :

1. La directrice des soins ou le responsable désigné doit élaborer et mettre en œuvre une formation en personne pour l'ensemble du personnel infirmier autorisé, y compris le personnel d'agence, concernant les lignes directrices relatives aux pratiques exemplaires en matière de gestion de la douleur. La formation comprendra un examen des lignes directrices du titulaire de permis pour le traitement des personnes résidentes en soins palliatifs (*Guideline for Treatment of Palliative Residents*), avec un accent particulier sur les paramètres d'utilisation 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 Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

médicaments pour la gestion de l'agitation, les médicaments utilisés pour l'analgésie et la distinction entre un contrôle efficace de la douleur et la nécessité d'une sédation.

2. La directrice des soins doit veiller à ce qu'une trace écrite de toutes les formations soit documentée et conservée, de même qu'une trace de la connaissance démontrée de la formation. La documentation doit inclure la formation donnée, le nom de la personne qui l'a donnée, un registre de l'examen des connaissances, la date et l'heure de la formation, ainsi que le nom et la signature du personnel qui a reçu cette formation.

3. Les conditions n<sup>os</sup> 1 et 2 doivent être documentées, conservées et mises immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la surveillance des réactions de la personne résidente aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) a été soumis au directeur concernant un incident ayant causé à une personne résidente une lésion nécessitant son transport à l'hôpital, et la blessure a entraîné un changement important de l'état de santé de la personne résidente.

La politique du titulaire de permis en matière de gestion de la douleur et des symptômes (*Pain and Symptom Management*) indique que l'infirmière surveille et évalue l'efficacité des analgésiques pour soulager la douleur de la personne résidente en utilisant l'échelle de la douleur dans la section des données vitales du système de documentation électronique.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. La documentation n'indiquait pas que la politique du titulaire de permis en matière de gestion de la douleur et des symptômes avait été respectée.

La directrice des soins, l'infirmière praticienne, les infirmières autorisées (IA) et une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) ont indiqué que la douleur de la personne résidente n'était pas gérée efficacement.

Le fait de ne pas surveiller les réactions des personnes résidentes et l'efficacité des stratégies de gestion de la douleur a augmenté le risque que leur douleur ne soit pas gérée de manière adéquate.

**Sources :** Dossier de santé clinique de la personne résidente, politique du titulaire de permis en matière de gestion de la douleur et des symptômes (*Pain and Symptom Management Program*), et entretiens avec le personnel, l'infirmière praticienne et la directrice des soins.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 28 mars 2025**

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 005 Gestion de la douleur**

Problème de conformité n° 040 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 57 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents, lorsque leur douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soient évalués au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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

Le titulaire de permis doit :

1. La directrice des soins ou le gestionnaire désigné doit élaborer et mettre en œuvre une formation en personne pour l'ensemble du personnel infirmier autorisé, y compris le personnel d'agence, afin de revoir les exigences en matière d'évaluation de la douleur conformément à la politique du titulaire de permis en matière de gestion de la douleur et des symptômes. La formation doit inclure, sans s'y limiter, la différenciation entre les cas où une évaluation complète de la douleur est requise par la politique du titulaire de permis et les cas où une évaluation numérique ou l'évaluation de la douleur PAINAD est requise avant et après l'administration d'analgésiques narcotiques à prendre au besoin.
2. La directrice des soins doit veiller à ce qu'une trace écrite de toutes les formations soit conservée, de même qu'une trace de la connaissance démontrée de la formation. Ce dossier comprendra la formation donnée, le nom de la personne qui l'a donnée, un registre de l'examen des connaissances, la date et l'heure de la formation, ainsi que le nom et la signature du personnel qui a reçu cette formation.
3. Le responsable de la douleur et des soins palliatifs, en collaboration avec la directrice des soins, vérifiera les dossiers des personnes résidentes de la communauté concernée pendant une période de trois semaines afin de s'assurer que les évaluations complètes de la douleur et les évaluations requises avant et après l'administration d'analgésiques narcotiques à prendre au besoin sont effectuées comme il se doit. Les mesures de suivi concernant les cas constatés de documentation manquante et les mesures prises pour corriger les évaluations non documentées doivent être incluses dans cette vérification.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

4. Les conditions n<sup>os</sup> 1, 2 et 3 doivent être documentées, conservées et mises immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

**Motifs**

Lorsque la douleur de la personne résidente n'a pas été soulagée par les interventions initiales, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que celle-ci soit réévaluée à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique expressément conçu à cette fin.

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) a été soumis au directeur concernant un incident ayant causé à une personne résidente une lésion nécessitant son transport à l'hôpital, et la blessure a entraîné un changement important de l'état de santé de la personne résidente.

L'examen de la politique du titulaire du permis en matière de gestion de la douleur et des symptômes indique qu'une personne résidente doit faire l'objet d'un dépistage de la douleur par le personnel infirmier autorisé et d'une évaluation de la douleur par voie électronique lorsqu'il signale ou présente des signes et des symptômes de douleur (plus de 4/10 pendant 24 à 48 heures) après la mise en œuvre d'interventions pharmacologiques ou non pharmacologiques (c.-à-d. qu'il n'y a pas de soulagement satisfaisant de la douleur à la suite des interventions).

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. La documentation n'indiquait pas que la politique du titulaire de permis avait été respectée.

Le personnel infirmier autorisé, l'infirmière praticienne et la directrice des soins ont indiqué que la douleur de la personne résidente n'était pas gérée efficacement.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la douleur de la personne résidente soit évaluée à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique, lorsque la douleur de la personne résidente n'a pas été soulagée par les interventions initiales, l'a exposée au risque d'un soulagement inefficace de la douleur.

**Sources :** Dossier de santé clinique de la personne résidente, politique du titulaire de permis en matière de gestion de la douleur et des symptômes (*Pain and Symptom Management*), et entretiens avec le personnel, l'infirmière praticienne et la directrice des soins.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 28 mars 2025**

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 006 Soins palliatifs**

Problème de conformité n° 041 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 61 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Soins palliatifs

Paragraphe 61 (4) Le titulaire de permis veille à ce que, compte tenu de l'évaluation des besoins du résident en matière de soins palliatifs, les options en matière de soins palliatifs mises à la disposition du résident comprennent au moins ce qui suit :

- a) des améliorations de la qualité de vie;
- b) la gestion des symptômes;
- c) un soutien psychosocial;
- d) des soins en fin de vie, le cas échéant.

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

Le titulaire de permis doit :

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

1. La directrice des soins ou le gestionnaire désigné doit élaborer et mettre en œuvre une formation en personne pour l'ensemble du personnel infirmier autorisé, y compris le personnel d'agence, afin de fournir une formation détaillée sur les responsabilités des infirmières décrites dans la politique du titulaire de permis en matière d'approche interdisciplinaire des soins palliatifs. Cela inclut, sans s'y limiter, les exigences en matière d'évaluation liées à l'échelle de performance des soins palliatifs, l'utilisation de l'outil SBAR pour les soins palliatifs, la documentation de la communication au sein de l'équipe interdisciplinaire concernant un changement dans l'état de la personne résidente, et l'évaluation de la douleur.
2. La directrice des soins doit veiller à ce qu'une trace écrite de toutes les formations soit conservée, de même qu'une trace de la connaissance démontrée de la formation. Ce dossier comprendra la formation donnée, le nom de la personne qui l'a donnée, un registre de l'examen des connaissances, la date et l'heure de la formation, ainsi que le nom et la signature du personnel qui a reçu cette formation.
3. Les conditions n<sup>os</sup> 1 et 2 doivent être documentées, conservées et mises immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, sur la base de l'évaluation des besoins en soins palliatifs de la personne résidente, les options de soins palliatifs mises à sa disposition comprennent, au minimum, la gestion des symptômes.

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) a été soumis au directeur concernant un incident ayant causé à une personne résidente une lésion nécessitant son transport à l'hôpital, et la

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

blessure a entraîné un changement important de l'état de santé de la personne résidente.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. La documentation n'indique pas que les besoins évalués de la personne résidente ont été satisfaits en ce qui concerne la gestion des symptômes.

L'infirmière praticienne a indiqué que les ordonnances d'analgésiques et d'anxiolytiques prescrits à la personne résidente n'avaient pas été utilisées et/ou administrées correctement pour gérer la douleur et l'agitation de la personne résidente. L'infirmière praticienne a indiqué que la douleur et les soins de la personne résidente n'étaient pas bien gérés dans le foyer de soins de longue durée.

Une infirmière autorisée a indiqué que la douleur de la personne résidente n'était pas contrôlée.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les symptômes de la personne résidente soient gérés en fonction de ses besoins en matière de soins palliatifs.

**Sources :** Dossier de santé clinique de la personne résidente et entretiens avec le personnel infirmier autorisé et l'infirmière praticienne.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 28 mars 2025**

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 007 Soins palliatifs**

Problème de conformité n° 042 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 61 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Soins palliatifs

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Paragraphe 61 (5) Il est entendu que le titulaire de permis veille à ce que le consentement du résident soit reçu conformément à l'article 7 de la Loi avant de prendre toute mesure prévue au présent article et avant la prestation de soins palliatifs au résident.

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

Le titulaire de permis doit :

1. La directrice des soins et le comité des soins palliatifs et de la douleur examineront le processus d'obtention et de mise à jour du consentement pour la fourniture de soins de fin de vie lors de la prochaine réunion du comité des soins palliatifs et de la douleur. Les résultats de l'examen, la date de l'examen et les membres du comité présents seront documentés. L'examen et les résultats seront communiqués au personnel infirmier autorisé.
2. Le responsable des soins palliatifs, en collaboration avec la directrice des soins ou les gestionnaires désignés, doit procéder à une vérification du formulaire de consentement aux soins de fin de vie par un mandataire spécial ou d'un programme de soins anticipés pour chaque personne résidente du foyer de soins de longue durée afin de s'assurer qu'il figure dans le dossier de la personne résidente ou qu'il est clairement documenté dans le programme de soins écrit de la personne résidente. La vérification portera sur l'actualité de ce document (réexaminé chaque année) et sur les mesures à prendre s'il n'a pas été mis à jour.
3. Les conditions n<sup>os</sup> 1 et 2 doivent être documentées, conservées et mises immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

**Motifs**

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le consentement de la personne résidente à la prestation de soins palliatifs soit obtenu avant que des soins palliatifs ne lui soient prodigués.

**Justification et résumé**

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. La documentation n'indiquait pas que le consentement avait été donné par la personne résidente ou son mandataire spécial avant la mise en œuvre des soins palliatifs.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas obtenu le consentement de la personne résidente pour la prestation de soins palliatifs a augmenté le risque que la personne résidente reçoive des soins pour lesquels elle n'avait pas donné son consentement.

**Sources :** Dossier de santé clinique de la personne résidente et entretiens avec le personnel infirmier autorisé.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 28 mars 2025**

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 008 Programme de soins –  
Participation du résident**

Problème de conformité n° 043 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 6 (5) de la *LRSLD* (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 6 (5) Le titulaire de permis veille à ce que le résident, son mandataire spécial, s'il en a un, et toute autre personne que le résident ou le mandataire spécial désigne aient la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins du résident.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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

Le titulaire de permis doit :

1. La directrice des soins ou l'infirmière gestionnaire désignée examinera avec l'ensemble du personnel infirmier autorisé, y compris celui d'agence, toutes les politiques relatives à la notification du mandataire spécial d'une personne résidente ou d'une autre personne désignée par la personne résidente. L'examen doit être documenté et doit inclure la date de l'examen, le nom et le rôle des membres du personnel, le nom et le rôle de l'examineur et la ou les politiques examinées avec le personnel. La documentation doit être conservée et mise immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.
2. La directrice des soins ou l'infirmière gestionnaire désignée doit passer en revue le programme de soins de la personne résidente concernée tous les jours pendant quatre semaines afin de s'assurer que tout changement dans les soins prodigués à la personne résidente, y compris, mais sans s'y limiter, les changements d'état, les changements de médicaments, les refus de soins, les refus d'aliments et de liquides et la perte ou le gain de poids, sont communiqués au mandataire spécial de la personne résidente. La documentation relative aux examens quotidiens, à toute modification du programme de soins de la personne résidente et à la notification du mandataire spécial doit être consignée. La documentation doit inclure la date de la notification et la réponse du mandataire spécial. La documentation doit être conservée et mise immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

**Motifs**

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial de la personne résidente ait la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de la personne résidente.

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) a été soumis au directeur concernant un incident ayant causé à une personne résidente une lésion nécessitant son transport à l'hôpital, et la blessure a entraîné un changement important de l'état de santé de la personne résidente.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. La documentation n'indiquait pas que le mandataire spécial de la personne résidente avait toujours la possibilité de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan de soins de la personne résidente.

La directrice des soins a indiqué qu'en cas de baisse significative du score de performance des soins palliatifs (PPS) d'une personne résidente, la famille devait être informée. La directrice des soins a indiqué que la famille de la personne résidente n'avait pas été informée d'un changement dans le PPS de la personne résidente.

Le fait de ne pas inclure le mandataire spécial ou la famille de la personne résidente dans les décisions relatives aux soins les prive de la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de la personne résidente.

**Sources :** Dossier de santé clinique de la personne résidente et entretien avec la directrice des soins.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial de la personne résidente ait la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de la personne résidente.

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) a été soumis au directeur concernant l'allégation de négligence envers la personne résidente. L'IC a identifié le plaignant comme le mandataire spécial de la personne résidente.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente, l'IC, une plainte écrite et l'enquête du titulaire de permis ont été examinés. La documentation indiquait que l'état de santé de la personne résidente était instable et qu'elle présentait des comportements réactifs. La documentation indiquait de nombreuses dates où les ordonnances des fournisseurs de soins de santé n'étaient pas documentées comme ayant été communiquées ou approuvées par le mandataire spécial de la personne résidente.

Le mandataire spécial s'est dit préoccupé par le fait qu'il n'était pas toujours informé des changements de médicaments. Le mandataire spécial a indiqué que l'absence de notification avait eu une incidence sur les soins prodigués à la personne résidente et avait retardé les mesures de soutien qui auraient pu être proposées s'il en avait été informé.

Le fait que le titulaire de l'autorisation n'ait pas veillé à ce que le mandataire spécial de la personne résidente ait la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de la personne résidente a entraîné des lacunes dans les soins et les services, et a potentiellement contribué au déclin de la personne résidente.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Sources :** Dossier de santé clinique de la personne résidente, IC, lettre de plainte, enquête du titulaire de permis et entretiens avec le mandataire spécial de la personne résidente et la directrice des soins.

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial de la personne résidente ait la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de la personne résidente.

**Justification et résumé**

Un incident critique (IC) a été soumis au directeur concernant l'allégation de négligence envers la personne résidente. L'IC a identifié le plaignant comme le mandataire spécial de la personne résidente.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente, l'IC, une plainte écrite et l'enquête du titulaire de permis ont été examinés. La documentation indiquait que la personne résidente ne répondait pas à ses besoins en matière de nutrition et d'hydratation, qu'elle avait perdu du poids et qu'elle présentait des comportements réactifs, ce qui avait des conséquences négatives sur sa santé et son bien-être. La documentation n'indiquait pas que le personnel infirmier autorisé, les gestionnaires ou d'autres personnes avaient systématiquement informé le mandataire spécial de la personne résidente du déclin général de cette dernière. La documentation indiquait que la personne résidente avait été transférée à l'hôpital et admise pour une évaluation et un traitement de son état de santé.

Le mandataire spécial a indiqué que le personnel infirmier autorisé ou la direction du foyer de soins de longue durée ne l'avait pas informé de l'ensemble du déclin de la personne résidente.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas tenu informé le mandataire spécial d'une personne résidente a empêché ce dernier de participer à l'élaboration et à la mise

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

en œuvre des soins, a créé des lacunes dans les soins et les services et, surtout, a retardé les mesures de soutien offertes à la personne résidente.

**Sources :** Dossier de santé clinique de la personne résidente, IC, lettre de plainte, enquête du titulaire de permis, entretiens avec le personnel et le mandataire spécial de la personne résidente.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 28 mars 2025**

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 009 Fenêtres**

Problème de conformité n° 044 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'article 19 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Fenêtres

Article 19. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque fenêtre du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les résidents soit dotée d'une moustiquaire et à ce qu'elle ne puisse pas être ouverte de plus de 15 centimètres.

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

Le titulaire de permis doit :

1. Le directeur des services environnementaux (alias le chef des services d'entretien) doit contrôler toutes les fenêtres du foyer de soins de longue durée qui sont accessibles aux personnes résidentes afin de s'assurer que l'ouverture de la fenêtre ne peut pas dépasser 15 centimètres et que chaque fenêtre est équipée d'une moustiquaire. La vérification doit être effectuée dans un délai d'une semaine à compter de la réception du rapport d'inspection par le titulaire de permis, puis une

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

fois par semaine pendant quatre semaines. Les vérifications doivent être documentées et inclure la date de la vérification, le numéro de la chambre, le nombre de fenêtres et de moustiquaires dans la chambre, toute déficience constatée et les mesures correctives prises. La documentation relative à la vérification et aux mesures correctives prises, le cas échéant, doit être conservée et mise immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

2. Le directeur des services environnementaux doit faire part au personnel de direction des résultats des vérifications des fenêtres et de toute mesure corrective prise. La documentation relative à la communication des vérifications et aux mesures prises doit être consignée, conservée et mise immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

3. Le directeur des services environnementaux ou un responsable désigné doit communiquer les exigences en vertu de l'article 19 du Règl. de l'Ont. 246/22 à l'ensemble du personnel afin de s'assurer qu'il comprend l'importance de la législation pour assurer la sécurité des personnes résidentes. La communication doit être documentée, conservée et mise immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

**Motifs**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les fenêtres donnant sur l'extérieur et accessibles aux personnes résidentes ne puissent pas être ouvertes de plus de 15 centimètres.

**Justification et résumé**

Lors d'une visite du foyer de soins de longue durée, il a été observé qu'une fenêtre située dans une section accessible aux résidents s'ouvrait sur 24 centimètres. 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 Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

salon est situé dans une communauté résidentielle déterminée. Des personnes résidentes ont été observées en train d'utiliser la salle.

Le directeur des services environnementaux a indiqué qu'il n'avait pas été informé de ce problème avant qu'il ne soit relevé par l'inspectrice ou l'inspecteur.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que les fenêtres qui s'ouvrent sur l'extérieur et qui sont accessibles aux personnes résidentes ne puissent pas s'ouvrir de plus de 15 centimètres a présenté un risque pour la sécurité des personnes résidentes.

**Sources :** Observations et entretien avec le directeur des soins environnementaux.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les fenêtres qui s'ouvrent sur l'extérieur et qui sont accessibles aux personnes résidentes soient munies d'une moustiquaire.

**Justification et résumé**

Lors d'une visite du foyer de soins de longue durée, il a été observé qu'une fenêtre située dans une section accessible aux résidents n'avait pas de moustiquaire. La chambre était située dans une communauté résidentielle déterminée. L'ouverture de la fenêtre en question a été mesurée par l'inspectrice ou l'inspecteur et a été estimée à 13,5 centimètres. Un membre du personnel, présent dans la pièce au moment de l'observation, a indiqué que la fenêtre n'avait pas de moustiquaire depuis un certain temps. Le lendemain, la même fenêtre a de nouveau été observée sans moustiquaire.

Le directeur des services environnementaux a indiqué qu'il n'était pas au courant que la fenêtre en question n'avait pas de moustiquaire.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que toutes les fenêtres qui s'ouvrent sur l'extérieur et qui sont accessibles aux personnes résidentes soient munies d'une moustiquaire présente un risque pour les personnes résidentes, en particulier sur le plan de la sécurité.

**Sources :** Observations et entretiens avec le directeur des services environnementaux, la directrice des soins et la directrice générale.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 28 mars 2025**

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 010 Température ambiante**

Problème de conformité n° 045 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Température ambiante

Paragraphe 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

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

Le titulaire de permis doit :

1. Le titulaire de permis doit immédiatement prendre des mesures pour s'assurer que la température du foyer de soins de longue durée est maintenue à au moins 22 degrés Celsius.
2. Le directeur des services environnementaux (alias le chef des services d'entretien) (s'il est certifié), en collaboration avec un fournisseur de services

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

contractuel certifié, doit inspecter le système de chauffage, de ventilation et de climatisation dans toutes les salles à manger, les salons, les salles d'activités, les couloirs et toutes les chambres des personnes résidentes ou les aires résidentielles équipées d'un dispositif de contrôle de la température afin de déterminer si un problème empêche ces zones d'être maintenues à une température minimale de 22 degrés Celsius. Tout problème relevé lors de l'inspection doit être réparé. L'inspection et toute réparation connexe doivent être documentées et conservées sur place. La documentation conservée doit être immédiatement disponible pour l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

3. Le directeur des services environnementaux inspectera toutes les fenêtres et les portes des salles à manger, des salons, des salles d'activités, des couloirs et des chambres des personnes résidentes ou des aires résidentielles pour s'assurer qu'elles sont correctement scellées et que le calfeutrage et les joints d'étanchéité des portes et des fenêtres sont intacts afin d'éviter les courants d'air, qui pourraient contribuer à ce que la température ambiante dans ces pièces ne soit pas maintenue à un minimum de 22 degrés Celsius. L'inspection des portes et des fenêtres doit être documentée, y compris la date de l'inspection, les problèmes relevés et les mesures correctives prises, le cas échéant. La documentation doit être conservée et mise immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

4. La directrice des soins ou un responsable désigné doit communiquer à nouveau à l'ensemble du personnel infirmier autorisé, y compris au personnel d'agence, la politique du titulaire de permis en ce qui concerne la température ambiante. La communication doit être documentée, y compris la date et la plateforme utilisée pour communiquer la politique du titulaire de permis, ainsi que la compréhension de la politique par le personnel. La documentation doit être conservée et mise immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

5. La directrice générale ou le responsable désigné doivent effectuer des vérifications trois fois par jour, le jour, le soir et la nuit, pendant une période de deux

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

semaines, afin de s'assurer que la température ambiante dans les salles à manger, les salons, les salles d'activités, les couloirs et les chambres des personnes résidentes ou les aires résidentielles équipées d'un dispositif de contrôle de la température est maintenue à une température minimale de 22 °C. Toute anomalie constatée doit être immédiatement corrigée afin de garantir que la température ambiante est maintenue comme le prévoit la Loi. Les vérifications et toute mesure corrective prise doivent être documentées, conservées et mises immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

6. Les températures de l'air relevées et enregistrées, y compris les registres de la température moyenne des biens, doivent être examinées quotidiennement dans tous les rapports de quart et lors de la réunion de gestion quotidienne du lundi au vendredi, pendant une période de quatre semaines, afin de s'assurer que la température ambiante à l'intérieur du foyer est maintenue à une température minimale de 22 °C. Toute déficience constatée doit être immédiatement corrigée afin de garantir que la température ambiante est maintenue conformément à la législation. La documentation relative aux contrôles de la température ambiante dans les rapports d'équipe et les réunions des gestionnaires doit être documentée, conservée et mise immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

**Justification et résumé**

Une inspection de suivi a été effectuée. Le titulaire de permis a reçu l'ordre de se conformer au paragraphe 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, température ambiante, avant le 13 septembre 2024.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Les registres de la température moyenne du titulaire de permis (*Average Asset Temperature*) ont été examinés. La documentation indiquait que la température ambiante, à l'intérieur du foyer de soins de longue durée, n'avait pas été maintenue à une température minimale de 22 degrés Celsius après la date limite de conformité. La documentation a révélé de nombreuses dates après la date limite de conformité où la température ambiante dans les chambres des personnes résidentes et les aires communes résidentielles était comprise entre 20 °C et 21,9 °C pendant de longues périodes. La documentation n'indiquait pas que des mesures avaient été prises par le personnel ou la direction.

Le directeur des services environnementaux et la directrice générale ont indiqué qu'ils n'étaient pas au courant que la température ambiante dans le foyer de soins de longue durée n'était pas maintenue à une température minimale de 22 °C.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que la température ambiante à l'intérieur du foyer de soins de longue durée soit maintenue à un minimum de 22 °C a entraîné des lacunes dans les soins et les services et, surtout, un risque d'inconfort pour les personnes résidentes de la Case Manor Community.

**Sources :** Fiches de suivi de la température moyenne du titulaire de permis (*Average Asset Temperature*), rapports d'incidents liés à la température ambiante et entretiens avec le directeur des services environnementaux et la directrice générale.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 28 mars 2025**

**Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité (APA n° 002)**

**AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)**

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *LRSLD* (2021).

**Avis de pénalité administrative (APA) n° 002**

**Lié à l'ordre de conformité (OC) n° 010**

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 1100,00 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est imposée parce que le titulaire de permis ne s'est pas conformé à une ordonnance rendue en vertu de l'article 155 de la Loi et, au cours des trois années précédant immédiatement la date à laquelle l'ordre a été délivré en vertu de l'article 155, le titulaire de permis n'a pas respecté cette même exigence.

**Historique de la conformité**

Au cours des 36 derniers mois, un ordre de conformité a été délivré en vertu du paragraphe 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22 (2024\_1013\_0002), dont la date d'échéance de la mise en conformité était le 13 septembre 2024.

Il s'agit du premier APA délivré au titulaire de permis pour non-respect de l'exigence en question.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés séparément par courrier après la signification du présent avis.

Le titulaire de permis ne doit pas payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents fournie par le ministère [c.-à-d. soins infirmiers et personnels (SIP); services de programmes et de soutien (SPS); et aliments crus (AC)]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux résidents afin de payer l'APA.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON 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 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 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.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto: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 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.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto: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](http://www.hsarb.on.ca).