

Rapport public

Date d'émission du rapport : 11 mars 2025

Numéro d'inspection : 2025-1013-0001

Type d'inspection :
Incident critique

Titulaire de permis : The Royale Development GP Corporation en tant qu'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 26 au 28 février 2025 et du 4 au 7 mars 2025

Les inspections concernaient :

- Une plainte pour mauvais traitement d'ordre physique infligé à une personne résidente par une autre personne résidente.
- Une plainte concernant de la négligence envers des personnes résidentes.

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

Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)

Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)

Comportements réactifs (Responsive Behaviours)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Intégration des évaluations aux soins

Problème de conformité n° 001 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 6 (4) b) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Par. 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes participant aux divers aspects des soins d'une personne résidente collaborent à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins. De ce fait, l'intégration, la cohérence et la complémentarité des soins ont été compromises pour la personne résidente.

Un rapport du Système d'incidents critiques (SIC) a été soumis à la directrice ou au directeur concernant une allégation de mauvais traitement d'ordre physique d'une personne résidente envers sa compagne de chambre ayant entraîné une blessure.

Avant le rapport du SIC, la personne présumée coupable avait fait l'objet de plusieurs rapports de comportements réactifs non gérés envers la personne résidente qui partageait la même chambre. Celle-ci a été relogée. Dans l'intervalle, aucune évaluation des comportements réactifs n'a été effectuée pour la personne présumée coupable en lien avec ces incidents. Le lendemain, le foyer transférait une nouvelle personne résidente dans la chambre de l'agresseur présumé.

L'altercation physique signalée à la directrice ou au directeur lui a causé une blessure. Après l'incident, l'agresseur présumé a été aperçu avec les effets personnels de la personne résidente. Un autre incident a été signalé 10 jours plus tard, quand la personne présumée coupable a été vue en train de frapper la personne résidente.

L'examen des dossiers sur deux mois a révélé huit incidents impliquant les personnes résidentes qui partageaient la chambre avec l'agresseur présumé. Aucune évaluation intégrée ou réévaluation n'a été notée dans le cadre de l'élaboration et la mise en œuvre du plan de soins de la personne résidente.

Sources : Rapport du SIC, dossiers cliniques des personnes résidentes et entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Documentation

Problème de conformité n° 002 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 6 (9) 2 de la *LRSLD* (2021).

Programme de soins

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

2. La prestation des soins prévus dans le programme de soins.

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la prestation des soins énoncés dans le programme de soins de la personne résidente soit consignée.

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, 4e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Un rapport du SIC a été soumis à la directrice ou au directeur concernant le mauvais traitement d'ordre physique présumé d'une personne résidente par une autre personne résidente.

À la suite de l'incident entre les personnes résidentes, un membre du personnel infirmier autorisé a commencé à faire des rondes de sécurité toutes les quinze minutes. Néanmoins, aucun document ne mentionnait l'identité, le moment, la durée ou la confirmation de ces rondes.

Sources : Rapport du SIC, dossiers cliniques des personnes résidentes et entretien avec le personnel.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la prestation de soins quotidiens énoncés dans le programme de soins de la personne résidente soit consignée.

Un rapport du SIC a été soumis à la directrice ou au directeur concernant des allégations de négligence envers des personnes résidentes. Selon le plan d'action à long terme du rapport, la DSI ou le DASI devait procéder à la surveillance quotidienne des dossiers de soins et corriger les lacunes au plus vite.

L'examen des dossiers de soins quotidiens de deux personnes résidentes, visées par les allégations de négligence, a révélé que les résultats ou la prestation des soins n'avaient pas été consignés lors de plusieurs quarts de travail. Ces lacunes n'ont pas été corrigées.

Sources : Rapport du SIC, dossiers cliniques des personnes résidentes et entretien avec le personnel.

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel consigne les résultats des soins de continence énoncés dans le programme de soins d'une personne résidente.

Un rapport du SIC a été soumis à la directrice ou au directeur concernant des allégations de négligence envers des personnes résidentes. Durant l'enquête du foyer, une personne résidente a fait part de ses préoccupations quant à l'attente pour obtenir des soins de continence. L'examen des dossiers a révélé qu'un seul épisode de continence avait été consigné dans les dossiers de soins d'une personne résidente. L'analyse d'autres dossiers a confirmé un seul résultat de soins de continence par quart.

Sources : Rapport du SIC, enquête du foyer de soins de longue durée, dossiers de soins cliniques des personnes résidentes et entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

Non-conformité n° 003 Avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1. de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 24 (1) de la LRSLD (2021).

Obligation de protéger

Par. 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.

1. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le personnel protège une personne résidente contre les mauvais traitements d'ordre physique infligés par une autre personne résidente.

« Mauvais traitements d'ordre physique », sous réserve du paragraphe (2), s'entend :

- a) soit de l'usage de la force physique de la part d'une personne autre qu'un résident pour causer des lésions corporelles ou de la douleur;
- b) soit de l'administration ou de la privation de médicaments à une fin inappropriée;
- c) soit de l'usage de la force physique de la part d'un résident pour causer des lésions corporelles à un autre résident. («physical abuse»)

La directrice ou le directeur a reçu un rapport du SIC concernant un mauvais traitement d'ordre physique présumé d'une personne résidente envers une co-résidente, ayant entraîné des blessures.

Le foyer a relogé une personne résidente présumée victime à la suite d'altercations avec la personne résidente qui partageait la chambre. Aucune précaution n'a été prise pour minimiser les risques d'altercations et d'interactions nuisibles entre les personnes résidentes, comme la détermination et la mise en œuvre d'interventions, avant le relogement d'une autre co-résidente dans la chambre de la personne présumée coupable.

Les dossiers cliniques d'admission de la personne résidente indiquaient que la personne résidente qui partageait la chambre pouvait également avoir des comportements réactifs. Aucune intervention n'a été prévue pour gérer la situation et réduire le risque lorsqu'une personne résidente a été logée dans la chambre de la personne résidente qui avait des antécédents d'altercations.

Une altercation a eu lieu entre la personne présumée coupable et la personne résidente, causant des blessures à cette dernière.

Il a été déterminé que les non-conformités suivantes ont concouru au manquement à la protection de la personne résidente :

Avis écrit remis aux termes du par. 6 (4) b), de la *LRSLD* (2021) Intégration des évaluations, soins

Avis écrit remis aux termes du par. 58 (1) 1. du Règl. de l'Ont. 246/22 Comportements réactifs

Avis écrit remis aux termes du par. 59 b) du Règl. de l'Ont. 246/22 Altercations entre les résidents et autres interactions

Sources : Rapport du SIC, dossiers cliniques de la personne résidente et entretien avec le personnel.

2. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les personnes résidentes ne soient pas négligées par le personnel.

Conformément à l'article 7 du Règlement de l'Ontario 246/22, 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.

Un rapport du SIC a été soumis à la directrice ou au directeur concernant des allégations de négligence envers les personnes résidentes, notamment de ne pas recevoir de soins et de bains réguliers.

L'enquête a révélé que les bains n'étaient pas effectués de manière régulière, et que les personnes résidentes avaient les cheveux et les ongles sales. L'examen des dossiers de trois personnes résidentes a révélé des lacunes dans leurs dossiers de soins, qui ne précisaient pas si des soins avaient été prodigués à plusieurs reprises.

L'IA DASI a confirmé que ces autres allégations n'avaient pas fait l'objet d'une enquête.

Sources : Rapport du SIC, dossiers cliniques des personnes résidentes et entretiens avec le personnel.

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

Problème de conformité n° 004 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 28 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Par. 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 :

1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis a omis de s'assurer que le personnel signale immédiatement tout soin ou traitement inadéquats ou incompétents présumés pour une personne résidente qui ont entraîné un risque de préjudice.

Un rapport du SIC a été soumis à la directrice ou au directeur concernant la négligence des personnes résidentes. Au cours de l'enquête du foyer, on a interrogé une personne résidente au sujet de ses soins. La personne résidente a fait part de ses inquiétudes concernant l'attente des soins de continence et le manque de prudence du personnel lors des soins.

La personne résidente a informé l'inspecteur qu'elle souffrait lors des soins. Elle a dit qu'un membre du personnel du quart de nuit entre dans sa chambre, qui parle très méchamment envers elle et lui cause plus de douleur physique que d'habitude pendant les soins.

L'IA-DASI a confirmé que ces préoccupations n'avaient pas été signalées au directeur ou n'avaient pas fait l'objet d'une enquête.

Sources : Rapport du SIC, entretien avec la personne résidente et le personnel.

AVIS ÉCRIT : Soins des pieds et des ongles

Problème de conformité n° 005 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : 39 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Soins des pieds et des ongles

par. 39 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive des soins pour les ongles des mains, notamment la coupe des ongles.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque personne résidente du foyer reçoive des soins des ongles, y compris la coupe des ongles, en n'ayant pas de moyen de documenter le résultat des soins prodigués.

On a observé que la personne résidente avait de longs ongles avec de la matière foncée sous ses ongles.

Les dossiers cliniques de la personne résidente n'indiquaient pas quand ses soins des ongles avaient été effectués pour la dernière fois.

Une ou un préposé aux services de soutien à la personne (PSSP) a indiqué qu'il n'y avait aucun endroit dans les dossiers de soins électroniques pour documenter quand ou quels soins des ongles ont été prodigués.

Sources : Observations, dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Altercations entre les résidents et autres interactions

Problème de conformité n° 006 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 59 b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Altercations entre les résidents et autres interactions

Art. 59. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises afin de réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre les résidents, notamment :

b) en déterminant des mesures d'intervention et en les mettant en œuvre.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures soient prises pour minimiser le risque d'altercations et d'interactions potentiellement nuisibles entre une personne résidente et d'autres personnes résidentes, y compris la détermination et la mise en œuvre d'interventions.

Un rapport du SIC a été soumis à la directrice ou au directeur concernant le mauvais traitement d'ordre physique présumé d'une personne résidente envers une autre personne résidente.

Avant le rapport du SIC, la personne résidente avait fait l'objet de plusieurs rapports de comportements réactifs envers une campagne de chambre. Il n'y avait aucune indication de mesures prises pour minimiser le risque d'altercations en déterminant et en mettant en œuvre une intervention avant de déplacer une personne résidente ayant des altercations de comportements réactifs.

Sources : Rapport du SIC, dossiers cliniques de la personne résidente et entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Avis : police

Problème de conformité n° 007 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

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

Notification à la police

Art. 105. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le corps 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. Disposition 105, 390 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le service de police approprié soit immédiatement informé de tout incident présumé, soupçonné ou observé de mauvais traitements impliquant une personne résidente, dont le titulaire de permis soupçonne qu'il peut constituer une infraction criminelle.

Un rapport du SIC a été soumis à la directrice ou au directeur concernant un incident présumé de mauvais traitements d'ordre physique d'une personne résidente par une autre personne résidente. Une personne résidente a subi une blessure lors d'une altercation avec une autre personne résidente. La police n'a pas été informée.

Sources : Rapport du SIC, dossiers cliniques des personnes résidentes, entretien avec le personnel.

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 001 Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

Problème de conformité n° 009 Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2. de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 27 (1) a) (ii) de la *LRSLD* (2021).

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

Par. 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 :

(ii) toute négligence d'une personne résidente par le titulaire du permis ou le personnel;

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155 (1) a) de la *LRSLD* (2021)] :

Le titulaire de permis doit s'assurer :

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, 4e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

1. D'offrir une formation à la ou le DSI, à l'IA-DASI et à la ou le DASI - Prévention et contrôle des infections (PCI) sur la façon de mener une enquête et sur le moment où une enquête doit être menée. Veiller à ce que les dossiers de formation indiquent qui a dispensé la formation et quand la formation a été terminée.
2. De mener une enquête approfondie sur la négligence présumée signalée immédiatement au directeur, y compris les allégations de bains non effectués conformément aux programmes de soins des personnes résidentes. Conserver toutes les notes d'enquête.
3. De veiller à ce que le personnel soit en mesure de documenter les résultats des soins prodigués, y compris si une personne résidente a reçu un bain, une douche ou une toilette au lit.
4. De vérifier les bains pendant 4 semaines au premier étage, pour tous les quarts de travail, en veillant à ce que les personnes résidentes reçoivent un bain et conformément à leur préférence de bain.
5. De fournir toute la documentation à la demande de l'inspecteur.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tout incident présumé, soupçonné ou observé de négligence d'une personne résidente, connu du titulaire de permis ou signalé au titulaire de permis, fasse immédiatement l'objet d'une enquête.

Une allégation de négligence a été portée à l'attention du foyer de soins de longue durée, indiquant spécifiquement que le personnel de jour ne prodiguait pas de soins constants aux personnes résidentes. L'allégation indiquait que trois personnes résidentes ne recevaient pas de soins et que les personnes résidentes n'avaient pas de bains. Il a également été indiqué que le personnel infirmier autorisé était au courant de ces préoccupations, mais ne les réglait pas.

L'enquête du foyer de soins de longue durée comprenait des entretiens avec le personnel. Trois membres du personnel ont confirmé que les personnes résidentes ne recevaient pas de bains constants et semblaient sales, avec les cheveux et les ongles sales. Cependant, ces allégations n'ont pas fait l'objet d'une enquête approfondie.

L'enquête ne comprenait pas d'entretiens avec les infirmières autorisées ou le personnel de soirée.

Le rapport du SIC à la directrice ou au directeur indiquait que les allégations étaient non fondées, malgré la confirmation des préoccupations par le personnel.

En n'enquêtant pas immédiatement, en n'intervenant pas et en n'agissant pas sur la négligence présumée des personnes résidentes, le titulaire de permis a exposé ces personnes résidentes à un risque de préjudice physique, émotionnel ou mental qui aurait une incidence sur leur bien-être.

Sources : Rapport du SIC, notes d'enquête du foyer de soins de longue durée et entretien avec le personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 16 mai 2025.

ORDRE DE CONFORMITÉ N° 002 Comportements réactifs

Problème de conformité n° 010 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154(1)2 de la LRSLD (2021).

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

Comportements réactifs

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

1. Approches écrites en matière de soins, y compris les protocoles de dépistage, l'évaluation, la réévaluation et la détermination des déclencheurs comportementaux qui peuvent entraîner des comportements réactifs, qu'ils soient cognitifs, physiques, émotionnels, sociaux, environnementaux ou autres.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit s'assurer que :

1. Le responsable du programme STCO et l'IA-DASI effectueront un examen clinique des personnes résidentes. Déterminer les comportements réactifs passés, résolus ou actuels.
2. La ou le responsable du programme STCO effectuera les évaluations indiquées dans la politique pour les personnes résidentes indiquées, y compris l'évaluation PIECES. L'équipe du programme STCO tiendra un registre de toute information recueillie à partir des documents, du personnel et de la famille pour effectuer l'évaluation PIECES dans les dossiers cliniques. Conserver la documentation pour que l'inspecteur l'examine.
3. L'équipe du programme STCO mettra à jour le programme de soins écrit pour les personnes résidentes. Le programme de soins déterminera les comportements réactifs possibles, les déclencheurs et les interventions pour la gestion du personnel. L'équipe du programme STCO documentera les interventions infructueuses et les dates auxquelles elles ont été mises à l'essai. Conserver la documentation pour que l'inspecteur l'examine.
4. Le programme de soins pour les personnes résidentes sera communiqué d'un quart de travail à l'autre pour s'assurer que le personnel de soins directs est au courant. La documentation sur la façon, le moment et à qui cette information a été communiquée doit être conservée.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté la politique de gestion des comportements réactifs du foyer lorsque le personnel n'a pas effectué d'aiguillage et d'évaluations comportementales indiquées cliniquement pour une personne résidente.

Conformément au Règl. de l'Ont. 246/22, Art. 11 (1) b), le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que les politiques écrites élaborées pour le programme de gestion des comportements réactifs soient respectées. Plus précisément, la politique de gestion des comportements réactifs du foyer indique que le personnel doit remplir une évaluation et un aiguillage électroniques des comportements réactifs au responsable des soutiens en cas de troubles du comportement ou à la personne désignée à l'interne lorsqu'il y a un comportement réactif nouveau, qui s'aggrave ou qui change, ou lors de l'arrivée d'une personne résidente ayant des comportements réactifs identifiés qui posent un risque. De plus, l'équipe de soutien comportemental offrira une combinaison de soins directs, d'évaluations cliniques et de services de planification des soins, ainsi que du soutien et de l'éducation pour réduire ou prévenir les comportements réactifs.

Un rapport du SIC a été soumis au directeur concernant un mauvais traitement d'ordre physique présumé d'une personne résidente envers sa campagne de chambre, ayant entraîné une blessure.

Une co-résidente a emménagé dans le foyer de soins de longue durée avec des comportements réactifs potentiels, qui ont été indiqués dans ses dossiers cliniques d'admission. Aucun aiguillage ou évaluation n'a été effectué pour atténuer les risques avant de la déplacer avec la personne résidente qui avait des antécédents d'altercations avec sa campagne de chambre. Aucune évaluation, réévaluation ou intervention n'était en place pour réduire ou aider à gérer les comportements réactifs de la personne résidente.

En n'effectuant pas les évaluations appropriées pour la personne résidente lorsque cela était indiqué cliniquement lors de l'admission, le titulaire de permis a exposé la personne résidente à un risque de préjudice de la part d'autres personnes résidentes. L'incidence des comportements réactifs non gérés continue d'exposer la personne résidente à un risque de préjudice.

Sources : Rapport du SIC, dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec le personnel.

2. Le titulaire de permis n'a pas respecté la politique de gestion des comportements réactifs du foyer lorsque le personnel n'a pas effectué d'aiguillage et d'évaluations comportementales indiquées cliniquement pour une personne résidente.

Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que les politiques écrites élaborées pour le programme de gestion des comportements réactifs soient respectées. Plus précisément, la politique de gestion des comportements réactifs du foyer indique que le personnel doit remplir une évaluation et un aiguillage électroniques des comportements réactifs au responsable des soutiens en cas de troubles du comportement ou à la personne désignée à l'interne lorsqu'il y a un comportement réactif nouveau, qui s'aggrave ou qui change, ou lors de l'arrivée d'une personne résidente ayant des comportements réactifs identifiés qui posent un risque. De plus, l'équipe de soutien comportemental offrira une combinaison de soins directs, d'évaluations cliniques et de services de planification des soins, ainsi que du soutien et de l'éducation pour réduire ou prévenir les comportements réactifs.

Un rapport du SIC a été soumis au directeur concernant un mauvais traitement d'ordre physique présumé d'une personne résidente envers sa campagne de chambre, ayant entraîné une blessure.

Les dossiers cliniques de la personne résidente indiquaient des altercations avec une précédente campagne de chambre. Aucun aiguillage n'a été envoyé à l'équipe de soutiens en cas de troubles du comportement, et aucune autre évaluation liée aux comportements nouveaux ou qui s'aggravent de la personne résidente n'a été effectuée. Une autre personne résidente a été déplacée dans la chambre de la personne résidente. Peu de temps après, les personnes résidentes ont eu une altercation qui a entraîné une blessure. Le foyer de soins de longue durée n'a pas envoyé d'aiguillage à l'équipe du programme STCO, et aucune évaluation comportementale n'a été effectuée comme indiqué dans la politique du titulaire de permis.

En n'effectuant pas les évaluations appropriées pour la personne résidente lorsque cela était indiqué cliniquement dans la politique du titulaire de permis, y compris lors de l'admission et avec des comportements nouveaux ou qui s'aggravent, le titulaire de permis a exposé les campagnes de chambre à un risque de préjudice de la part de la personne résidente. L'incidence des comportements réactifs non résolus et non gérés a entraîné huit altercations en deux mois.

Sources : Rapport du SIC, dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec le personnel.

Le titulaire du permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 16 mai 2025.

INFORMATIONS POUR UNE RÉVISION/UN 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 à la directrice ou 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 la directrice ou le directeur doit être présentée par écrit et signifiée à la directrice ou 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 la directrice ou 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 commercial à la personne indiquée ci-dessous :

Directrice ou directeur

a/s de la coordonnatrice ou du coordonnateur des appels

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

Ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être faite le lendemain, si le document a été signifié après 16 heures;

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, 4e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

c) par messagerie commerciale, elle est réputée être faite le deuxième jour ouvrable après le jour où la messagerie commerciale reçoit le document.

Si une copie de la décision de la directrice ou du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de réexamen présentée par le titulaire de permis, le ou les présents ordres et le présent avis de pénalité administrative sont réputés confirmés par la directrice ou le directeur et, aux fins d'un appel interjeté devant la CARSS, la directrice ou le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration du délai 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 de la directrice ou du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (par. 155) ou l'APA (par. 158) d'une inspectrice ou d'un inspecteur.

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

Commission d'appel et de révision des services de la santé

À l'attention du registrateur
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1S4

Directrice ou directeur

a/s de la coordonnatrice ou du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

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, 4e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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.