

Rapport public

Date d'émission du rapport : 26 juin 2025

Numéro d'inspection : 2025-1013-0003

Type d'inspection :

Incident critique

Suivi

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 9 au 11, le 13, du 16 au 20, le 23 et le 24 juin 2025

L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : les 19 et 20 juin 2025

L'inspection concernait :

- Plainte : n° 00134707 – n° de suivi : 1 – ordre de conformité n° 003 aux termes de la disposition 24 (1) de la *LRSLD* (2021), Obligation de protéger, avec date limite pour se conformer (DLC) fixée au 28 mars 2025
- Plainte : n° 00134708 – n° de suivi : 1 – ordre de conformité n° 010 aux termes de la disposition 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, Température ambiante, avec DLC fixée au 30 avril 2025.
- Plainte : n° 00134710 – n° de suivi : 2 – ordre de conformité n° 001 aux termes de la disposition 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, Température ambiante, avec DLC fixée en septembre 2025, frais de réinspection de 500,00 \$.
- Plainte : n° 00142144 – n° de suivi : 1 – ordre de conformité n° 002/2025_1013_0001 aux termes de la disposition 58 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, avec DLC fixée au 16 mai 2025
- Plainte : n° 00142145 – n° de suivi : 1 – ordre de conformité n° 001/2025_1013_0001, aux termes de la disposition 27 (1) a) (ii) de la *LRSLD* (2021), avec DLC fixée au 16 mai 2025
- Plainte : n° 00145366 – n° de suivi : 1 – ordre de conformité n° 002/2025-1013-0002 (A1) aux termes de la disposition 58 (4) c) du Règl. de l'Ont. 246/22, Comportements réactifs, avec DLC fixée au 9 juin 2025
- Plainte : n° 00145367 – n° de suivi : 1 – ordre de conformité n° 001/2025-1013-0002 aux termes de la disposition 24 (1) de la *LRSLD* (2021), Obligation de protéger, avec DLC fixée au 9 juin 2025
- Plainte : n° 00148570 – n° de suivi : 2 – ordre de conformité n° 004/2024-1013-0003 aux termes de la disposition 57 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22, Gestion de la douleur – surveillance de la réaction du résident, avec DLC fixée au 28 mars 2025, frais de

réinspection de 500,00 \$

- Plainte : n° 00148572 – n° de suivi : 2 – ordre de conformité n° 008/20240-1013-002 aux termes de la disposition 6 (5) de la *LRSLD* (2021), Participation du résident, du mandataire spécial, etc., avec DLC fixée au 28 mars 2025, frais de réinspection de 500,00 \$
- Plainte : n° 00142437 – concernant de mauvais traitements d'ordre sexuel d'une personne résidente envers une autre.
- Plainte : n° 00144234 – concernant de mauvais traitements d'ordre sexuel d'une personne résidente envers une autre.
- Plainte : n° 00143953 – concernant des soins inadéquats prodigués à une personne résidente

Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

Ordre n° 003 de l'inspection n° 2024-1013-0002 relativement au par. 24 (1) de la *LRSLD* (2021)

Ordre n° 010 de l'inspection n° 2024-1013-0002 relativement au par. 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1013-0001 relativement au par. 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2024-1013-0001 relativement au par. 58 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2025-1013-0001 relativement au par. 27 (1) a) (ii) de la *LRSLD* (2021)

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2025-1013-0002 relativement au par. 58 (1) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2025-1013-0002 relativement au par. 24 (1) de la *LRSLD* (2021)

Ordre n° 004 de l'inspection n° 2024-1013-0002 relativement au par. 57 (1) 4. du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 008 de l'inspection n° 2024-1013-0002 relativement au par. 6(5) de la *LRSLD* (2021)

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

Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)

Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)

Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)

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

Comportements réactifs (Responsive Behaviours)

Amélioration de la qualité (Quality Improvement)

Gestion de la douleur (Pain Management)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-conformité rectifiée

Des cas de non-conformité ont été recensés pendant cette inspection et ont été **rectifiés** par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur est satisfait(e) de la rectification des cas de non-conformité dans l'esprit du paragraphe 154 (2) et n'exige aucune autre mesure.

Problème de conformité n° 001 – rectification réalisée conformément à la disposition 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 356 (3) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Construction et rénovation de foyers

Par. 356 (3) Le titulaire de permis ne peut pas commencer les travaux suivants sans avoir préalablement obtenu l'approbation du directeur :

1. Les transformations, les agrandissements ou les rénovations du foyer.

Le titulaire de permis ne s'est pas assuré d'obtenir l'approbation du directeur ou de la directrice avant d'apporter des transformations au foyer.

La salle d'activité du deuxième étage a été observée comme étant verrouillée et inaccessible aux personnes résidentes. L'espace était utilisé pour du rangement et contenait un hydrocollateur, engendrant de possibles préoccupations liées à la sécurité.

Après avoir été avisée, la directrice générale a rétabli la salle selon l'usage prévu en tant qu'espace destiné aux personnes résidentes, conformément au plan d'étage approuvé.

Source : Observations.

Date de mise en œuvre de la rectification : 13 juin 2025

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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 (1) c de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Par. 6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque personne résidente, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'une personne résidente donne des directives claires pour le personnel concernant les soins buccaux. Plus précisément, le programme de soins d'une personne résidente ne comprenait pas de directives claires concernant l'utilisation et le nettoyage d'un dispositif buccal. Le dispositif buccal de la personne résidente n'a pas été retiré lors des soins avant le coucher, de sorte que la personne résidente s'est étouffée pendant la nuit.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Documents

Problème de conformité n° 003 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 6 (9) 1 de la *LRSLD* (2021).

Programme de soins

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la prestation des soins prévus au programme de soins pour une personne résidente soit documentée. Plus précisément, une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a documenté de manière inexacte que les besoins en matière de soins de la personne résidente ont été satisfaits. Les notes d'enquête du foyer ainsi que les entretiens avec la PSSP et le ou la DASI ont indiqué que la personne résidente n'a pas reçu les soins conformément à son programme de soins. En plus de la prestation des soins buccaux pendant le quart de travail de jour deux jours plus tôt.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, notes d'enquête du foyer et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

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 25 (1) de la *LRSLD* (2021)

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Par. 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 au respect de sa politique visant à promouvoir une tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents. Plus précisément, le titulaire de permis a omis d'utiliser la liste de vérification et le gabarit d'enquête pour orienter son enquête sur un incident de négligence concernant une personne résidente. En outre, le titulaire de permis n'a pas tenu de dossier des entretiens qui ont eu lieu avec le personnel impliqué dans l'incident de négligence allégué.

Sources : Notes d'enquête du foyer, et politique du titulaire de permis intitulée « Prevention of Abuse & Neglect of a Resident » [prévention des mauvais traitements et de la négligence envers une personne résidente],

AVIS ÉCRIT : Rapports d'enquête

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

Non-respect de : la disposition 27 (2) de la *LRSLD* (2021)

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

Par. 27 (2) Le titulaire de permis présente au directeur un rapport sur les résultats de chaque enquête menée en application de l'alinéa (1) a) et sur chaque mesure prise en application de l'alinéa (1) b).

Le titulaire de permis a omis de présenter au directeur ou à la directrice un rapport sur les résultats de chaque enquête menée en application de l'alinéa (1) a) et sur chaque mesure prise en application de l'alinéa (1) b). Plus précisément, le directeur ou la directrice n'a pas reçu l'avis des résultats de l'enquête sur une allégation de traitement inadéquat ou incompetent ou de soins d'une personne résidente ayant causé un préjudice ou un risque à la personne résidente.

Sources : Rapport d'incident critique et entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Faire rapport au directeur dans certains cas

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 28 (1) 2 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 :

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 à la personne résidente.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne qui avait des motifs raisonnables de soupçonner de mauvais traitements d'une personne résidente par quiconque signale

immédiatement au directeur ou à la directrice les soupçons et les renseignements sur lesquels ils sont fondés.

Un membre du personnel a observé une personne résidente faisant des attouchements inappropriés à une autre personne résidente, puis de nouveau le lendemain. Toutefois, le mauvais traitement d'ordre sexuel allégué n'a été signalé au directeur ou à la directrice que deux jours après le premier incident.

Sources : Rapport d'incident critique, dossiers cliniques des personnes résidentes, entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Recyclage

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

Non-respect de : la disposition 82 (4) de la *LRSLD* (2021)

Formation

Par. 82 (4) Le titulaire de permis veille à ce que les personnes qui ont reçu la formation visée au paragraphe (2) se recyclent dans les domaines visés à ce paragraphe aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) reçoive la formation de recyclage annuelle sur la politique du foyer de soins de longue durée concernant la tolérance zéro en matière de mauvais traitement et de négligence à l'égard des résidents.

Un rapport d'incident critique a été transmis au directeur ou à la directrice, concernant les allégations de mauvais traitements d'ordre sexuel envers une personne résidente par une autre personne résidente. Les incidents ont eu lieu lors de deux journées consécutives. Deux IA étaient présentes ou présents lors des incidents, mais n'ont pas signalé les mauvais traitements allégués immédiatement, comme requis.

Selon les dossiers de formation du personnel, une ou un des IA a reçu la formation sur la politique du foyer concernant la tolérance zéro pour la dernière fois en 2023. La formation documentée suivante n'a été suivie qu'en 2025, indiquant un écart dans le recyclage annuel requis.

Sources : Rapport d'incident critique et dossiers des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Bain

Problème de conformité n° 008 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 37 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Bain

Par. 37 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque

résident du foyer prene 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 résident du foyer prene son bain en utilisant la méthode de son choix.

Un examen des dossiers a indiqué que plusieurs résidents n'ont pas reçu de bain dans la baignoire conformément à leurs préférences, car une chaise mécanique de baignoire était indisponible. Le directeur ou la directrice de la maintenance a confirmé que même si deux chaises de baignoire devaient être réparées, trois étaient encore fonctionnelles et disponibles à l'utilisation. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers par intérim a indiqué qu'il n'y avait aucune explication claire de la part du personnel selon laquelle les chaises de baignoire supplémentaires ou les équipements n'étaient pas utilisés pour répondre aux préférences des résidents concernant le bain.

Sources : Dossiers cliniques des résidents et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Soins buccaux

Problème de conformité n° 009 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 38 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins buccaux

Par. 38 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive des soins buccaux lui permettant de conserver l'intégrité des tissus buccaux. On entend notamment ce qui suit par soins buccaux :

a) les soins de la bouche matin et soir, notamment le nettoyage des prothèses dentaires.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente reçoive des soins buccaux matin et soir, notamment le nettoyage de ses prothèses dentaires. Plus précisément, deux PSSP ont transféré la personne résidente au lit et n'ont pas fourni les soins buccaux ni retiré le dispositif buccal de la personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, rapport d'incident critique, notes d'enquête du foyer et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 010 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

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

Comportements réactifs

Par. 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.

Le titulaire de permis ne s'est pas assuré de prendre des mesures appropriées pour répondre aux besoins d'une personne résidente lorsque celle-ci a affiché des comportements réactifs. Cela comprend l'omission de mener les évaluations requises, de mettre en œuvre des interventions et de documenter les réactions de la personne résidente à ces interventions.

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur ou à la directrice concernant un incident lors duquel une personne résidente a touché une autre personne résidente de façon inappropriée. Après cet incident, une recommandation a été faite à l'équipe de soutien en cas de troubles du comportement, indiquant qu'une personne résidente manifestait des comportements nouveaux ou aggravés. Un système d'observation de la démence a été amorcé le lendemain. Il n'y avait toutefois pas de preuve d'évaluations supplémentaires réalisées, comme l'exige la politique du titulaire de permis sur les équipes de soutien en cas de troubles du comportement.

Moins d'un mois plus tard, un autre rapport d'incident critique a été soumis au directeur ou à la directrice, indiquant que la même personne résidente était impliquée dans d'autres incidents de mauvais traitements d'ordre sexuel allégués envers une troisième personne résidente.

À la date de l'inspection, la recommandation pour la personne résidente demeure incomplète. L'évaluation incomplète comprend des évaluations des médicaments, les notes de résultat des MDS pour cerner tout changement par rapport à l'évaluation précédente, toute recommandation supplémentaire qui peut être requise, et une révision du programme de soins. La recommandation comprend également une section qui indique à l'évaluateur ou l'évaluatrice d'aviser le mandataire spécial ou la mandataire spéciale et de prévoir une date pour une réunion de l'équipe interdisciplinaire.

Le manquement du titulaire de permis à s'assurer que les mesures appropriées sont prises afin de réagir aux comportements réactifs démontrés par la personne résidente a mis les autres personnes résidentes à risque d'une exposition continue aux mauvais traitements.

Sources : Rapports d'incident critique, dossiers de santé cliniques de la personne résidente, politique du titulaire de permis « Responsive Behaviours Management » [gestion des comportements réactifs] et entretiens avec le personnel.

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 001 Obligation de protéger

Problème de conformité n° 011 Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 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.

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 :

1. Former de nouveau les personnes préposées aux services de soutien personnel indiquées sur la politique du foyer en matière de prévention des mauvais traitements et de la négligence.
2. Vérifier quotidiennement pendant une semaine les documents des personnes préposées aux services de soutien personnel pour veiller à une documentation adéquate des soins fournis aux personnes résidentes assignées aux PSSP.
3. Le titulaire de permis doit passer en revue la politique Prevention of Abuse and Neglect [prévention des mauvais traitements et de la négligence] avec l'équipe de direction du FSLD qui est responsable de réaliser l'enquête sur l'allégation de mauvais traitements et de négligence. L'examen doit être axé sur l'usage de la liste de vérification et des gabarits d'enquête identifiés dans la politique.
4. Au moins un directeur ou une directrice animera des discussions structurées (p. ex., les caucus de soins infirmiers ou les réunions de l'équipe interdisciplinaire) afin d'explorer les raisons pour lesquelles le personnel ne met pas rapidement en œuvre les interventions ou les interventions de remplacement lorsque celles qui existent n'arrivent pas à empêcher les incidents entre les résidents, y compris les mauvais traitements d'ordre sexuel.
 - Se concentrer sur l'identification des obstacles comme le manque de sensibilisation, les protocoles vagues, les lacunes en matière de communication ou les retards dans les prises de décision.
 - Encourager un dialogue ouvert pour déceler les problèmes systémiques ou de flux de travail.
 - Documenter toute rétroaction, y compris les dates, les éléments discutés et les noms des personnes participantes.
 - Fournir ces documents à l'inspecteur ou l'inspectrice comme preuve d'analyse du foyer de soins de longue durée.
5. Élaborer et mettre en œuvre un plan :

Selon les renseignements rassemblés des membres du personnel de soins directs du département des soins infirmiers, le titulaire de permis doit élaborer, mettre en œuvre et documenter un plan pour s'assurer que le personnel est bien outillé afin de prendre des mesures immédiates pour réduire le risque ou l'éventuel risque d'altercations entre personnes résidentes.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à protéger une personne résidente contre la négligence.

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. »

Le rapport d'incident critique et les dossiers cliniques d'une personne résidente ont révélé que la personne résidente a été trouvée émettant des gargouillements et ayant de la difficulté à respirer, incapable de parler ou de tousser. L'état de la personne résidente s'est amélioré une fois que le dispositif buccal a été retiré. Les notes d'enquête et les entretiens avec les PSSP ont indiqué que celles-ci ont aidé la personne résidente à se mettre au lit, mais n'ont pas fourni de soins buccaux ni retiré le dispositif buccal de la personne résidente pendant le quart de travail de soir.

Les problèmes de conformité suivants ont également été identifiés dans le cadre de ce rapport, propres au rapport d'incident critique soumis pour des traitements inadéquats ou incompetents ou des soins d'une personne résidente qui ont entraîné un préjudice ou un risque de préjudice à la personne résidente.

la disposition 25 (1) de la *LRSLD* (2021), Politique visant à promouvoir la tolérance zéro.

la disposition 38 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22, Soins buccaux.

la disposition 6 (9) 1 de la *LRSLD* (2021), Documentation.

la disposition 6 (1) c) de la *LRSLD* (2021), Programme de soins.

la disposition 104 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22, Avis : incidents.

la disposition 27 (2) de la *LRSLD* (2021), Rapports d'enquête.

Ne pas fournir de soins buccaux à une personne résidente, y compris le retrait des dispositifs buccaux, a entraîné un préjudice réel lorsque la personne résidente s'est étouffée pendant la nuit. De plus, le titulaire de permis n'a pas respecté sa propre politique pendant l'enquête sur cet incident, n'a pas veillé à ce que le personnel des PSSP documente correctement les soins fournis, ne s'est pas assuré que le programme de soins donne des directives claires concernant les soins buccaux, et a omis d'aviser le mandataire spécial ou la mandataire spéciale ou de faire rapport des résultats de l'enquête au directeur ou à la directrice.

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

Le titulaire de permis a omis de protéger une personne résidente contre les mauvais traitements infligés par une autre personne résidente.

Un rapport d'incident critique a été transmis au directeur ou à la directrice, signalant des allégations de mauvais traitement d'ordre sexuel d'une personne résidente par une autre personne résidente.

Le personnel a indiqué avoir observé la personne résidente touchant une autre personne résidente de façon inappropriée. Au moment de l'incident, la personne résidente était soumise à des vérifications de sécurité aux 15 minutes en raison d'incidents préalables d'attouchements inappropriés concernant une troisième personne résidente. Cette intervention s'est avérée inefficace, et pourtant aucune mesure supplémentaire n'a été mise en œuvre pour protéger les autres personnes résidentes. Le lendemain, un autre incident d'attouchement inapproprié impliquant la personne résidente et l'autre personne résidente s'est produit. Il n'y avait pas d'indication que des mesures immédiates ou des interventions avaient eu lieu pour protéger de nouveau l'autre personne résidente à ce moment-là.

Le lendemain, le titulaire de permis a pris connaissance des incidents, a amorcé une supervision en seul à seul pour la personne résidente et a entamé une enquête interne.

Au cours de l'enquête, l'autre personne résidente a semblé éplorée et a révélé à la personne responsable de l'entretien qu'elle avait été touchée de façon inappropriée à plusieurs reprises.

En omettant de prendre des mesures immédiates pour protéger l'autre personne résidente, le titulaire de permis a mis cette dernière à risque de mauvais traitements d'ordre sexuel répétés et n'a pas assuré le soutien effectif, physique et psychologique dont cette personne résidente avait besoin.

Sources : Rapport d'incident critique, enquête interne du titulaire de permis, dossiers cliniques des personnes résidentes, et entretiens avec le personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 29 août 2025

Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent avis écrit d'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'ordre de mise en conformité n° 001

Aux termes 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 5 500,00 \$, 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 émise au titulaire de permis qui ne s'est pas conformé à une exigence, entraînant un ordre de conformité aux termes de l'article 155 de la Loi et pendant les trois ans immédiatement avant la date d'émission de cet ordre aux termes de l'article 155, le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la même exigence.

Historique de la conformité :

- 2025-1013-0002 – Ordre de conformité à la disposition 24 (1) de la *LRSLD* (2021)
- 2025-1013-0001 – Avis écrit aux termes de la disposition 24 (1) de la *LRSLD* (2021)
- 2024-1013-0002 – Ordre de conformité de priorité élevée à la disposition 24 (1) de la *LRSLD* (2021)
- 2023-1013-0002 – Avis écrit aux termes de la disposition 24 (1) de la *LRSLD* (2021)
- 2022-1013-0001 – Avis écrit aux termes de la disposition 24 (1) de la *LRSLD* (2021)

Il s'agit de la première fois qu'un APA est délivré au titulaire de permis en raison du 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 utiliser les fonds destinés aux soins des résidents pour payer une pénalité administrative [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 personnes résidentes afin de payer l'APA.

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 002 Avis : incidents

Problème de conformité n° 012 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 104 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Avis : incidents

Par. 104 (2) Le titulaire de permis veille à ce que le résident et son mandataire spécial, s'il en a un, soient avisés des résultats de l'enquête exigée en application du paragraphe 27 (1) de la Loi et ce, dès la fin de l'enquête.

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 :

1. Élaborer et mettre en œuvre un plan pour s'assurer que les personnes résidentes et les mandataires spéciaux soient avisés des résultats de l'enquête interne sur les mauvais traitements et la négligence.

S'assurer que la documentation du plan et la manière dont il est mis en œuvre sont disponibles lorsque l'inspecteur ou l'inspectrice en fait la demande.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial ou la mandataire spéciale de la personne résidente soit informé(e) des résultats de l'enquête immédiatement après sa réalisation.

Un rapport d'incident critique (RIC) a été soumis au directeur ou à la directrice, indiquant qu'une personne résidente avait touché une autre personne résidente de façon inappropriée.

Il n'y avait pas de document ni d'indication selon lesquels le mandataire spécial ou la mandataire spéciale de la personne résidente avait reçu les renseignements sur les résultats fondés de l'enquête interne.

Ne pas aviser la personne résidente et le mandataire spécial ou la mandataire spéciale a entraîné un manque de transparence et de responsabilisation, et a affaibli la confiance envers le fournisseur de soins. Cela aurait pu engendrer une détresse affective pour la personne résidente et le mandataire spécial ou la mandataire spéciale et entraver une prise de décision éclairée.

Sources : Rapport d'incident critique, dossiers de santé cliniques d'une personne résidente, et entretiens avec le personnel.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial ou la mandataire spéciale de la personne résidente soit informé(e) des résultats de l'enquête immédiatement après sa réalisation.

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur ou à la directrice, indiquant qu'une personne résidente avait touché de façon inappropriée une autre personne résidente.

Il n'y avait pas de document ni d'indication selon lesquels le mandataire spécial ou la mandataire spéciale de l'autre personne résidente avait reçu les renseignements sur les résultats fondés de l'enquête interne.

Ne pas aviser la personne résidente et le mandataire spécial ou la mandataire spéciale a entraîné un manque de transparence et de responsabilisation, et a affaibli la confiance envers le fournisseur de soins. Cela aurait pu engendrer une détresse affective pour la personne résidente et le mandataire spécial ou la mandataire spéciale et entraver une prise de décision éclairée.

Sources : Rapport d'incident critique, dossiers de santé cliniques d'une personne résidente, et entretiens avec le personnel.

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial ou la mandataire spéciale d'une personne résidente soit informé(e) des résultats de l'enquête sur une allégation de négligence. Plus précisément, le mandataire spécial ou la mandataire spéciale n'a pas reçu les résultats de l'enquête sur l'allégation de négligence.

Ne pas aviser la personne résidente et le mandataire spécial ou la mandataire spéciale a entraîné un manque de transparence et de responsabilisation, et a affaibli la confiance envers le fournisseur de soins. Cela aurait pu engendrer une détresse affective pour la personne résidente et le mandataire spécial ou la mandataire spéciale et entraver une prise de décision éclairée.

Sources : Rapport d'incident critique, notes d'évolution d'une personne résidente, entretiens avec le ou la DSI par intérim.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 29 août 2025.

AVIS DE FRAIS DE RÉINSPECTION En vertu de l'article 348 du Règl. de l'Ont. 246/22 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer des frais de réinspection de 500,00 \$ dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Des frais de réinspection s'appliquent, car il s'agit, au moins, de la deuxième inspection de suivi visant à déterminer la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants en vertu de l'article 155 de la *LRSLD (2021)* et/ou de l'article 153 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée (LFSLD)*.

Plainte : n° 00148570 – n° de suivi : 2 – ordre de conformité n° 004/2024-1013-0003 relativement à la disposition 57 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22, Gestion de la douleur – surveillance de la réaction du résident, avec DLC fixée au 28 mars 2025. Plainte : n° 00148572 – n° de suivi : 2 – ordre de conformité n° 008/2024-1013-0002 relativement à la disposition 6 (5) de la *LRSLD (2021)*, Participation du résident, du mandataire spécial, etc., avec DLC fixée au 28 mars 2025. Plainte : n° 00134710 – n° de suivi : 2 – disposition 24 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22, Température ambiante, avec DLC fixée en septembre 2024. [RI 2024 1013 0001]

Le titulaire de permis ne doit pas payer des frais de réinspection au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents fournis 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 les frais de réinspection.

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 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 commerciale 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;
- 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 suivant 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

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.