

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 16 juillet 2025

**Numéro d'inspection :** 2025-1387-0004

**Type d'inspection :**

Incident critique

Suivi

**Titulaire de permis :** Centennial Place Millbrook Inc.

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Foyer de soins de longue durée  
Centennial Place, Millbrook

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15 et 16 juillet 2025

L'inspection concernait :

- Le dossier : n° 00144900 – rapport d'incident critique (RIC) concernant de mauvais traitements d'ordre physique d'une personne résidente envers une autre personne résidente.
- Le dossier : n° 00145526 – RIC concernant la chute d'une personne résidente.
- Le dossier : n° 00145542 – RIC concernant de mauvais traitements d'ordre physique et une altercation entre personnes résidentes.
- Le dossier : n° 00146266 – suivi n° 1 – Régl. de l'Ont. 246/22-a. 102 (2) (b) CDD 27 juin 2025
- Dossier : n° 00146483 – RIC concernant la chute d'une personne résidente.
- Le dossier : n° 00147886 – RIC concernant de mauvais traitements d'ordre physique d'une personne résidente envers une autre 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° 001 de l'inspection n° 2025-1387-0003 concernant l'alinéa 102 (2) b) du Régl. de l'Ont. 246/22.

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

- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Comportements réactifs  
Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Non-respect n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

#### **Non-respect du : paragraphe 6 (7) de la LRSLD (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, tel que le précise le programme, lorsque, à une date et à une heure précises, un dispositif d'intervention pour la prévention des chutes n'était pas en place pour la personne résidente. Le coprésident du comité sur les chutes a confirmé que l'intervention de prévention des chutes aurait dû être appliquée pour la personne résidente.

**Sources :** observation et dossiers cliniques d'une personne résidente, entretiens avec les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) et le coprésident du comité sur les chutes.

### AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

Non-respect n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021).

#### **Non-respect du : paragraphe 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit protégée contre les mauvais traitements de la part d'une autre personne résidente.

Conformément au Règl. de l'Ont. 246/22, par. 2 (1), les mauvais traitements d'ordre physique sont définis comme étant « l'usage de la force physique de la part d'un résident pour causer des lésions corporelles à un autre résident. »

Les dossiers cliniques des deux personnes résidentes concernées indiquent qu'à deux dates précises, une personne résidente a subi des blessures physiques causées par une autre personne résidente. L'infirmier autorisé ou l'infirmière autorisée (IA) et l'infirmier auxiliaire autorisé ou l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) conviennent que l'incident initial correspond à la définition de mauvais traitements d'ordre physique envers la personne résidente. L'IA et l'IAA ont mentionné que l'autre personne résidente s'est excusée pour le deuxième incident et qu'elle ne voulait pas blesser la personne résidente.

**Sources :** Rapports d'incidents critiques (RIC), dossiers cliniques des personnes résidentes et entretiens avec l'IA et l'IAA.

## **AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur**

Non-respect n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 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.

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée n'a pas veillé à ce que les personnes résidentes, lorsque leur douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soient évaluées au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

Une personne résidente a fait une chute à une date et une heure précises. La douleur de la personne résidente a été évaluée à un niveau faible sur l'échelle PAINAD. Les médicaments contre la douleur administrés à la personne résidente au besoin ont été efficaces. Le lendemain, la personne résidente s'est plainte d'une augmentation de la douleur. Les documents indiquent que la personne résidente

souffrait de plus en plus et qu'elle pleurait de douleur lorsqu'on lui prodiguait des soins. Lorsque la douleur de la personne résidente a augmenté, elle n'a pas été évaluée à l'aide d'un instrument d'évaluation cliniquement approprié et spécifiquement conçu à cet effet.

**Sources :** Rapport d'incident critique, dossier clinique de la personne résidente, protocole d'évaluation de la douleur, numéro de la politique : RS-D-43 et entretien avec un IA ou une IA.

## **AVIS ÉCRIT : Altercations entre les résidents et autres interactions**

Non-respect n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : paragraphe 59 (b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Altercations entre les résidents et autres interactions

par. 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 et parmi les résidents, notamment :

(b) en identifiant 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 réduire le risque d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi deux personnes résidentes, y compris la détermination et la mise en œuvre de mesures d'interventions, lorsqu'une altercation physique s'est produite entre deux personnes résidentes. La personne résidente a été attaquée par une autre personne résidente, ce qui a provoqué la chute des deux personnes résidentes. Des PSSP étaient présentes et n'ont pas pu séparer les deux personnes résidentes. Les programmes de soins provisoires demandaient au personnel de veiller à ce que les deux personnes résidentes ne se trouvent pas à proximité immédiate, et le coordinateur du soutien comportemental a reconnu qu'au moment de l'altercation, les deux personnes résidentes se trouvaient à proximité immédiate l'une de l'autre.

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

## **AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments**

Non-respect n° 005 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

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

Administration des médicaments

Paragraphe 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. Paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.

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

Une personne résidente a fait une chute à une date et une heure précises. La douleur de la personne résidente a été évaluée à un niveau faible sur l'échelle PAINAD. Les médicaments contre la douleur administrés à la personne résidente au besoin ont été efficaces. Les documents indiquent que le lendemain, la personne résidente souffrait de plus en plus et qu'elle pleurait de douleur lorsqu'on lui prodiguait des soins. Le dossier d'administration des médicaments de la personne résidente indique trois ordonnances du médecin pour l'administration de médicaments contre la douleur au besoin. Aucun médicament contre la douleur n'a été administré à la personne résidente alors qu'elle souffrait de plus en plus lorsqu'on lui prodiguait des soins. L'IA a mentionné que des médicaments contre la douleur auraient dû être administrés au besoin lorsque la personne résidente se plaignait de l'augmentation de la douleur.

**Sources :** Rapport d'incident critique, dossiers cliniques de la personne résidente et entretien avec l'IA.

**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 (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702