

**Rapport public****Date d'émission du rapport** : le 2 avril 2026**Numéro d'inspection** : 2026-1353-0003**Type d'inspection** :

Initiée par le district

Plainte

Incident critique

**Titulaire de permis** : Valley East Long Term Care Centre Inc.**Foyer de soins de longue durée et ville** : Elizabeth Centre, Val Caron**RÉSUMÉ D'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 17 au 18 et du 23 au 26 mars 2026.

L'inspection a eu lieu hors site à la date suivante : le 17 mars 2026.

L'inspection concernait :

- Un signalement relatif à des allégations de négligence d'une personne résidente.
- Deux signalements : plainte concernant des problèmes de soins prodigués à une personne résidente.
- Un signalement : plainte concernant des préoccupations au sujet de la dotation en personnel.
- Deux signalements : plaintes relatives aux températures et à l'entretien ménager.
- Un signalement : risque environnemental – panne de chauffage.
- Un signalement relatif à la protection de la vie privée et la confidentialité des renseignements personnels sur la santé.

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Gestion des médicaments
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Entretien ménager, services de buanderie et d'entretien

Prévention et contrôle des infections  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Droits et choix des résidents

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

#### **Non-respect de : l'alinéa 6 (g) 1. de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

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

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

Les soins prodigués à une personne résidente n'ont pas été documentés comme étant complets au cours de plusieurs soirs en février et mars 2026.

**Sources :** dossiers de santé électroniques d'une personne résidente; entretiens avec les membres du personnel.

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

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

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

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Paragraphe 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.

La politique du foyer indique que les allégations de mauvais traitements ou de négligence doivent être signalées immédiatement, conformément à la marche à suivre du foyer, qui indique que les membres du personnel doivent immédiatement

signaler leurs soupçons au personnel administratif le plus expérimenté ou à l'infirmier ou l'infirmière responsable si aucun ou gestionnaire n'est présent sur place au foyer.

a) Une allégation de mauvais traitements envers une personne résidente n'a pas été immédiatement signalée par les membres du personnel à l'infirmier ou l'infirmière responsable.

b) Lorsqu'un membre du personnel a été informé qu'une mesure d'intervention précise pour la sécurité d'une personne résidente ne fonctionnait pas, aucune mesure immédiate n'a été prise pour résoudre le problème.

**Sources** : dossiers de santé électroniques de la personne résidente, notes d'enquête interne du foyer, politique du foyer et entretiens avec les membres du personnel.

## AVIS ÉCRIT : Température ambiante

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius, à des dates précises, en janvier et en février 2026.

**Sources** : incident critique (IC) et dossier d'enquête; registres des températures du foyer pour les mois de janvier et février 2026 et entretiens avec les membres du personnel.

## AVIS ÉCRIT : Services infirmiers et services de soutien personnel

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

LRSLD (2021)

**Non-respect du : paragraphe 35 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Services infirmiers et services de soutien personnel

Paragraphe 35 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à l'établissement d'un plan de dotation en personnel écrit pour les programmes visés aux alinéas (1) a) et b).

Le foyer ne disposait pas d'un plan écrit de dotation en personnel pour les programmes organisés de services infirmiers et services de soutien personnel.

**Sources** : entretiens avec la direction.

## AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 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 personnes résidentes, le réexamen des régimes médicamenteux des personnes résidentes, 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).

Une personne résidente n'avait pas en place ses mesures d'intervention en cas de chute, comme l'exigeait son programme de soins.

**Sources** : observations de l'inspecteur ou de l'inspectrice, dossiers de santé électroniques de la personne résidente, dossier d'enquête d'IC, politique du foyer et entretiens avec les membres du personnel.

## AVIS ÉCRIT : Prévention et contrôle des infections

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

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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

Les membres du personnel ont prodigué des soins à une personne résidente faisant l'objet de précautions supplémentaires, sans porter l'équipement de protection individuelle (ÉPI) requis.

**Sources** : observations de l'inspecteur ou de l'inspectrice et entretiens avec les membres du personnel.

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

Problème de conformité n° 007 – Avis écrit en vertu de la disposition 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. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140 (2).

Les médicaments d'une personne résidente n'ont pas été administrés comme prévu.

**Sources** : dossiers de santé électroniques d'une personne résidente; entretiens avec les membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Incidents liés à des médicaments**

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

### **Non-respect du : paragraphe 147 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

Paragraphe 147 (2) Outre l'exigence prévue à l'alinéa (1) a), le titulaire de permis veille à ce qui suit :

a) tous les incidents médicamenteux, les incidents d'hypoglycémie sévère, les

incidents d'hypoglycémie sans réponse, les réactions indésirables aux médicaments et chaque utilisation de glucagon sont documentés, examinés et analysés;

b) des mesures correctives sont prises si nécessaire; et

c) tous les éléments exigés aux alinéas a) et b) sont consignés dans un dossier.

Article 30 du Règl. de l'Ont. 66/23

Un incident lié à un médicament impliquant une personne résidente n'a pas été examiné ou analysé par le foyer.

**Sources :** dossiers de santé électroniques de la personne résidente, rapport d'incident lié aux médicaments, entretiens avec les membres du personnel, politique du foyer.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ OC n° 001 Déclaration des droits des résidents**

Problème de conformité n° 009 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : sous-alinéa 3 (1) 19. iv. 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 :

19. Le résident a le droit :

iv. de voir respecter, conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, le caractère confidentiel de ses renseignements personnels sur la santé au sens de cette loi et d'avoir accès à ses dossiers de renseignements personnels sur la santé, y compris son programme de soins, conformément à cette loi.

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

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

a) Effectuer un examen pour s'assurer que les renseignements personnels et les renseignements personnels sur la santé des personnes résidentes sont supprimés lorsque cela est nécessaire. Tenir un registre des détails de l'examen, y compris les dossiers examinés, les personnes participantes concernées, la ou les dates de l'examen et les éventuelles mesures correctives mises en œuvre;

b) Assurer la formation sur la politique de la vie privée du foyer. Tenir un registre de la date de la formation, des renseignements examinés, des noms des personnes participantes et de la personne responsable de la formation.

### **Motifs**

Des renseignements personnels et des renseignements personnels sur la santé précis des personnes résidentes étaient accessibles dans le foyer.

**Sources** : observations de l'inspecteur ou de l'inspectrice, entretiens avec le foyer et politique du foyer concernant la protection de la vie privée (Privacy Policy).

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 8 mai 2026.**

## **ORDRE DE CONFORMITÉ OC n° 002 Système de gestion des médicaments**

Problème de conformité n° 010 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : paragraphe 123 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Système de gestion des médicaments

Paragraphe 123 (2) Le titulaire de permis veille à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin de veiller à ce que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

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

a) Procéder à un examen de l'un des processus du foyer. Réviser le processus si nécessaire en fonction de l'examen et des lacunes cernées. Tenir un registre des détails de l'examen, des personnes concernées, de la ou des dates de l'examen et de toute modification apportée au processus, le cas échéant;

b) Examiner la politique d'administration des médicaments du foyer avec l'ensemble des membres du personnel autorisé. Tenir un dossier de l'examen comprenant les renseignements fournis, la date de l'examen, les personnes participantes et le nom de la ou des personnes chargées de l'examen.

c) Élaborer et mettre en œuvre un processus de vérification pour une personne résidente afin de s'assurer que les médicaments prescrits pour elle sont administrés en présence des membres du personnel autorisé et pour s'assurer que la documentation tenue par le personnel reflète la bonne administration, conformément à la politique d'administration des médicaments du foyer. Les vérifications doivent être réalisées au moins deux fois par semaine pendant une période d'au moins quatre semaines. Conserver une trace de la date, de la personne qui a effectué la vérification et de toute mesure corrective prise si des lacunes sont constatées;

d) Procéder à un examen et à une analyse documentés d'un incident lié à des médicaments. Conserver un dossier des détails de l'examen et de l'analyse, y compris la date de l'examen, les noms des personnes concernées et toute mesure prise sur la base de l'examen et de l'analyse.

### **Motifs**

a) Un membre du personnel autorisé n'a pas respecté la politique d'administration du foyer lorsqu'il a effectué la distribution des médicaments.

**Sources :** observations dans le foyer, entretiens avec les membres du personnel, politique du foyer.

b) Plus précisément, les membres du personnel n'ont pas respecté la politique d'administration des médicaments du foyer lorsqu'ils ont administré des médicaments à une personne résidente.

**Sources :** observation de l'inspecteur ou de l'inspectrice; examen du registre électronique d'administration des médicaments (eMAR) d'une personne résidente, du foyer et entretiens avec les membres du personnel.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 8 mai 2026.**

**Cet ordre de conformité est également considéré comme un avis écrit et est transmis au directeur ou à la directrice pour que cette personne y donne suite.**

**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 Nord**

159, rue Cedar, bureau 403  
Sudbury (Ontario) P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

## 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 pas faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

### Directeur

a/s du coordonnateur des appels  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée  
Ministère des Soins de longue durée  
438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage  
Toronto ON 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

**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 Nord**

159, rue Cedar, bureau 403  
Sudbury (Ontario) P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

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.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le Ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivants la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur 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 ON 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

**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 Nord**

159, rue Cedar, bureau 403  
Sudbury (Ontario) P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

Toronto ON 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).