

**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

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 27 février 2025

**Numéro d'inspection :** 2025-1328-0001

**Type d'inspection :**

Incident critique

Suivi

**Titulaire de permis :** Extendicare (Canada) Inc.

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Extendicare Lakefield, Lakefield

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 5 au 7, 10 au 12, 14, 18 au 21, ainsi que 24 et 25 février 2025.

L'inspection a eu lieu hors site à la date suivante : 13 février 2025

Les inspections concernaient :

- Plainte : n° 00129349, n° 00130938, n° 00134555, n° 00134957, n° 00136289, n° 00136681 - mauvais traitements présumés entre personnes résidentes.
- Plainte : n° 00132725, n° 00133722, n° 00134500 - mauvais traitements présumés entre personnes résidentes.
- Plainte : n° 00129383, un incident qui cause à une personne résidente une blessure pour laquelle elle est transportée à l'hôpital et qui entraîne un changement important de son état de santé.
- Plainte : n° 00133071 – n° de suivi : 1 – Par. 97 du Règl. de l'Ont. 246/22, avec DLC fixée au 31 janvier 2025
- Plainte : n° 00133072 – n° de suivi : 1 – Par. 93 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22, avec DLC fixée au 31 janvier 2025
- Plainte : n° 00133073 - Suivi n° 2 - Par. 35 (3)(a) du Règl. de l'Ont. 246/22, ordre de conformité n° 003 dans le cadre de l'inspection 2024\_1328\_0003, RIF \$500
- Plainte : n° 00133074 - Suivi n° 2 - Par. 5 de la LRSLD (2021), ordre de conformité n° 001 dans le cadre de l'inspection 2024\_1328\_0003, frais de réinspection : 500 \$
- Plainte : n° 00133075 – n° de suivi : 1 – Par. 6 (9) 1 de la LRSLD (2021), avec DLC fixée au 31 janvier 2025. n° 00133076 – n° de suivi : 1 – Par. 5 de la LRSLD (2021), avec DLC fixée au 31 janvier 2025
- Plainte : n° 00133077 – n° de suivi : 1 – Par. 37 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, avec DLC fixée au 31 janvier 2025
- Plainte : n° 00133078 – n° de suivi : 1 – Par. 40 du Règl. de l'Ont. 246/22, avec DLC fixée au 31 janvier 2025
- Plainte : n° 00133079 – n° de suivi : 1 - Par. 35 (3) (a) du Règl. de l'Ont. 246/22, avec DLC fixée au 31 janvier 2025.

**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

## Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

Ordre n° 007 de l'inspection n° 2024-1328-0003 relativement au par. 97 du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 003 de l'inspection n° 2024-1328-0002 relativement au par. 35 (3) (a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1328-0002 relativement au par. 5 de la *LRSLD* (2021)

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2024-1328-0003 relativement au par. 6 (9) 1 de la *LRSLD* (2021)

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1328-0003 relativement au par. 5 de la *LRSLD* (2021)

Ordre n° 004 de l'inspection n° 2024-1328-0003 relativement au par. 37 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 005 de l'inspection n° 2024-1328-0003 relativement au par. 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 003 de l'inspection n° 2024-1328-0003 relativement au par. 35 (3) (a) du Règl. de l'Ont. 246/22

L'inspection n'a **PAS** permis d'établir la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 006 découlant de l'inspection n° 202413280003 relativement au par. 93(2) du Règl. de l'Ont. 246/22.

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

Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)  
Entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien (Housekeeping, Laundry and Maintenance Services)

Gestion des médicaments (Medication Management)

Conseils des résidents et des familles (Residents' and Family Councils)

Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)

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)

Normes en matière de dotation, de formation et de soins (Staffing, Training and Care Standards)

Droits et choix des résidents (Residents' Rights and Choices)

Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

**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

Gestion des contentions/appareils d'aide personnelle (Restraints/Personal Assistance  
Services Devices (PASD) 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 au par. 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect de : par. 85 (3) h) de la *LRSLD* (2021).**

Affichage des renseignements

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

h) une copie de l'entente de responsabilisation en matière de services conclue conformément à l'article 22 de la *Loi de 2019 pour des soins interconnectés*.

Le titulaire de permis a omis d'afficher une copie de l'entente de responsabilisation en matière de services dans le foyer de soins de longue durée. Les observations ont permis de constater que l'entente de responsabilisation en matière de services du titulaire de permis affichée dans le foyer de soins de longue durée avait expiré.

**Sources :** Observations; et entretien avec l'administratrice.

Date de mise en œuvre de la rectification : 6 février 2025

Problème de conformité n° 002 – rectification réalisée conformément au par. 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

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

Service de restauration et de collation

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

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

**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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le menu hebdomadaire soit communiqué aux résidents. Les observations n'ont pas permis d'établir que le menu hebdomadaire était affiché.

**Sources :** Observations; et entretien avec l'administratrice.

Date de mise en œuvre de la rectification : 5 février 2025

Problème de conformité n° 003 – rectification réalisée conformément au par. 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect de : la disposition 265 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Affichage des renseignements

Par. 265 (1) Pour l'application de la disposition 85 (3) s) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements qui doivent être affichés dans le foyer et communiqués aux résidents en application de l'article 85 de la Loi comprennent les éléments suivants :

3. Le dernier rapport de rapprochement vérifié prévu à l'alinéa 288 (1) a) du présent règlement.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapprochement vérifié le plus récent soit affiché dans le foyer de soins de longue durée. Les observations n'ont pas permis de déterminer si le titulaire de permis avait affiché son rapport de rapprochement vérifié.

**Sources :** Observations; et entretien avec l'administratrice.

Date de mise en œuvre de la rectification : 5 février 2025

**AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

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 6 (7) de la *LRSLD* (2021).**

Programme de soins

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 d'une personne résidente lui soient fournis, tel que le précise le programme.

Le plan de soins d'un résident indiquait qu'un dispositif devait être installé à son chevet et qu'il devait être allumé lorsqu'il était couché. Le résident a été observé couché dans son lit et aucun dispositif n'était en place.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Sources :** Programme de soins d'une personne résidente et entretien avec une infirmière ou un infirmier auxiliaire autorisé(e) (IAA).

**AVIS ÉCRIT : Lors d'une réévaluation, une révision est requise**

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 6 (10) c) de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

Par. 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'un résident soit révisé lorsqu'il n'était plus efficace.

Le dossier médical d'un résident indiquait qu'une mesure de sécurité avait été mise en place pour alerter le personnel si des co-résidents entraient dans la chambre du résident. La documentation a permis d'identifier que le co-résident était entré dans la chambre du résident à plusieurs reprises, à l'insu du personnel. La documentation a permis d'identifier que le co-résident avait manifesté des comportements réactifs envers le résident. La documentation n'a pas permis d'identifier que le programme de soins du résident avait été révisé lorsqu'il n'était pas efficace.

**Sources :** Dossiers médicaux des résidents et un entretien avec une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé et le directeur des soins infirmiers.

**AVIS ÉCRIT : Obligations spécifiques en matière de propreté et de réparation**

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

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

Services d'hébergement

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

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

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit maintenu dans un état sécuritaire. On a observé que l'allée/le stationnement était couvert de neige et de neige fondante à de nombreuses reprises pendant l'inspection. La zone est accessible aux résidents, au personnel et aux visiteurs.

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

**Sources :** Observations et entretiens avec un auxiliaire d'entretien, le directeur ou la directrice des services environnementaux et l'administrateur ou l'administratrice.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer et l'équipement soient maintenus en bon état. Une lumière extérieure, éclairant une sortie de secours, a été observée clignotant constamment à plusieurs reprises pendant l'inspection. Une infirmière ou un infirmier autorisé(e) (IA) a indiqué que la lumière clignotait depuis des semaines et n'avait pas été réparée.

**Sources :** Observations et entretiens avec une infirmière ou un infirmier autorisé(e) (IA) et l'auxiliaire d'entretien.

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

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 27 (1) a) (i) 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 :

(i) maltraitance envers une personne résidente par qui que ce soit,

Le titulaire de permis n'a pas enquêté sur un incident de maltraitance d'un résident par un co-résident dont il a été témoin. Le dossier médical d'un résident a révélé que le personnel avait été témoin d'un incident au cours duquel le résident avait manifesté des comportements réactifs envers un co-résident non identifié. La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a confirmé que l'incident n'avait pas fait l'objet d'une enquête et qu'il n'avait pas pu identifier le co-résident.

**Sources :** Dossier médical d'un résident et entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI).

### **AVIS ÉCRIT : Faire rapport au directeur dans certains cas**

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 28 (1) 2 de la *LRSLD* (2021).**

Faire rapport au directeur dans certains cas

**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

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 au résident.

1. Le titulaire de permis a omis de signaler un incident d'abus d'un résident par un co-résident.

D'après le paragraphe 2(1) du Règlement de l'Ontario 246/222 et aux fins de la définition d'un « abus » à la sous-section 2 (1) de la Loi, les « mauvais traitements d'ordre sexuel » sont des attouchements, des comportements ou des remarques de nature sexuelle, consensuels ou non, ou d'une exploitation sexuelle dont une personne résidente est victime de la part d'un titulaire de permis ou d'un membre du personnel.

Le dossier médical clinique d'un résident a révélé que ce dernier avait manifesté des comportements réactifs envers un autre résident. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a confirmé que l'incident n'avait pas été signalé.

**Sources :** Dossiers médicaux des résidents et entretien avec le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI).

2. Le titulaire de permis a omis de signaler un incident d'abus d'un résident par un co-résident.

D'après le paragraphe 2(1) du Règlement de l'Ontario 246/222 et aux fins de la définition d'un « abus » à la sous-section 2 (1) de la Loi, les « mauvais traitements d'ordre sexuel » sont des attouchements, des comportements ou des remarques de nature sexuelle, consensuels ou non, ou d'une exploitation sexuelle dont une personne résidente est victime de la part d'un titulaire de permis ou d'un membre du personnel.

Le dossier médical clinique d'un résident a révélé que ce dernier avait manifesté des comportements réactifs envers un autre résident. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a confirmé que l'incident n'avait pas été signalé.

**Sources :** Examen du dossier de santé clinique de la personne résidente et entretiens une infirmière ou un infirmier autorisé(e) (IA) et le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI).

3. Le titulaire de la licence a omis de signaler un incident d'abus d'une personne résidente par un co-résident.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

D'après le paragraphe 2(1) du Règlement de l'Ontario 246/222 et aux fins de la définition d'un « abus » à la sous-section 2 (1) de la Loi, les « mauvais traitements d'ordre sexuel » sont des attouchements, des comportements ou des remarques de nature sexuelle, consensuels ou non, ou d'une exploitation sexuelle dont une personne résidente est victime de la part d'un titulaire de permis ou d'un membre du personnel.

Le dossier médical clinique d'une personne résidente qui avait été observée par le personnel manifestant des comportements réactifs envers un co-résident non identifié. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a confirmé qu'une infirmière ou un infirmier auxiliaire autorisé(e) (IAA) n'avait pas signalé les incidents au directeur ou à la directrice.

**Sources :** Dossier médical clinique de la personne résidente et entretien avec le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI).

## **AVIS ÉCRIT : Contention au moyen d'un médicament : devoir de common law**

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

**Non-respect de :** la disposition 39 (3) de la *LRSLD* (2021)

Devoir de common law

s. 39 (3) Un résident ne peut pas être maîtrisé au moyen de l'administration d'un médicament conformément au devoir de common law visé au paragraphe (1), sauf si l'administration du médicament en question a été ordonnée par un médecin ou une autre personne que prévoient les règlements.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un résident ne soit pas maîtrisé par un médicament.

Conformément au par. 39 (3) de la *LRSLD* (2021), rien dans cette loi n'affecte le devoir de common law d'un fournisseur de soins de retenir ou de confiner une personne lorsqu'une action immédiate est nécessaire pour empêcher des blessures corporelles graves à la personne ou à d'autres.

Les documents indiquaient qu'une personne résidente était connue pour avoir des comportements réactifs. Les documents indiquaient que la personne résidente avait été maîtrisée à de nombreuses reprises. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a confirmé que la personne résidente ne risquait pas de se blesser ou de blesser autrui au moment de l'administration du médicament.

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

**Sources :** Dossier médical d'un résident et entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI).

### **AVIS ÉCRIT : Obligation de répondre**

Non-conformité n° 010 Avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021)

#### **Non-respect de : la disposition 63(3) de la LRSLD (2021)**

Pouvoirs du conseil des résidents

par. 63(3) Si le conseil des résidents l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 6 ou 8 du paragraphe (1), le titulaire de permis lui répond par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé de ces sujets de préoccupation ou recommandations.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une réponse soit donnée aux préoccupations du conseil des résidents dans les dix jours suivant leur réception. Un directeur ou une directrice a confirmé que les réponses du titulaire de permis n'étaient pas toujours conformes à la législation.

**Sources :** Procès-verbal de réunion du conseil des résidents.

### **AVIS ÉCRIT : Obligation de répondre**

Non-conformité n° 011 Avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021)

#### **Non-respect de : la disposition 66(3) de la LRSLD (2021)**

Pouvoirs du conseil des familles

par. 66(3) Si le conseil des familles l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 8 ou 9 du paragraphe (1), le titulaire de permis lui répond par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé de ces sujets de préoccupation ou recommandations.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une réponse soit donnée aux préoccupations du conseil des familles dans les dix jours suivant leur réception. Un directeur ou une directrice a indiqué que le titulaire de permis n'avait pas toujours répondu au conseil.

**Sources :** Procès-verbal de réunion du conseil des familles.

### **AVIS ÉCRIT : Plans de mesures d'urgence**

Problème de conformité n° 012 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Non-respect de :** la disposition 90 (1) de la LRSLD (2021)

Plans de mesures d'urgence

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient mis en place à l'égard du foyer des plans de mesures d'urgence conformes aux règlements, notamment :

- a) des mesures permettant de faire face, de répondre et de se préparer à des situations d'urgence, notamment les épidémies et les pandémies;
- b) un plan d'évacuation et de relogement des résidents et un plan d'évacuation du personnel et d'autres personnes dans une situation d'urgence.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les plans de mesures d'urgence soient respectés.

Selon la disposition 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, lorsque la Loi ou le présent règlement l'exige, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit veiller à ce qu'il ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci soient respectés.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les sorties de secours soient dégagées. Une sortie de secours a été observée bloquée par la neige.

**Sources :** Observation, plan de sécurité en cas d'incendie.

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

Problème de conformité n° 013 –avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de : la disposition 104 (4) de la LRSLD (2021).**

Conditions du permis

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

L'ordre de conformité (OC) n° 006 de l'inspection n° 2024-1328-0003, émis le 26 novembre 2024, avec une date d'échéance de conformité (DEC) fixée au 31 janvier 2025, conformément au par. 93 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22 n'a pas été respecté.

La condition suivante de l'ordre n'a pas été respectée :

1. La ou le gestionnaire des services environnementaux (GSE) élaborera un programme de nettoyage quotidien pour le personnel d'entretien ménager et les auxiliaires du foyer pour l'équipe de jour et l'équipe de soir.

**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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les programmes de nettoyage quotidien du personnel d'entretien et des aides aux résidents prévoient le nettoyage des planchers dans les couloirs résidentiels et les espaces communs.

**Sources :** Programmes de nettoyage quotidiens du personnel d'entretien et des aides aux résidents, entretiens avec le personnel d'entretien et le directeur ou la directrice des services environnementaux (DSE).

**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 conformité (Problème de conformité) n° 013**

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 2 200,00 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349(6) et 7) du Règlement de l'Ontario 246/22, la pénalité administrative est infligée en raison du fait que le titulaire de permis n'a pas respecté un ordre en vertu de l'article 155 de la Loi.

**Historique de la conformité :**

Le titulaire de permis a déjà reçu un avis de non-conformité en vertu du par. 104 (4) de la *LRSLD* (2021) lors de l'inspection 2024-1328-0003, émis le 26 novembre 2024 en tant qu'ordre de conformité.

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

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

## AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

Problème de conformité n° 014 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

### Non-respect de : la disposition 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Techniques de transfert et de changement de position

Art. 40 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise des techniques de transfert sécuritaires pour aider les résidents. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a été observée en train de transporter un résident dans un appareil de mobilité sans que les repose-pieds ne soient en place. La politique en matière d'équipement pour les soins aux résidents stipule que les repose-pieds de l'appareil de mobilité doivent être en place lorsque le personnel transporte les personnes résidentes.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que le personnel utilise des techniques de transfert sécuritaires pour aider les personnes résidentes a mis une personne résidente en danger.

**Sources :** Observations, dossier médical clinique d'une personne résidente, politique du titulaire de permis et entretien avec le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI).

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise des techniques de transfert sécuritaires pour aider les résidents.

Le dossier médical clinique d'une personne résidente indiquait que celle-ci avait été évaluée pour un transfert spécifique et qu'un dispositif de transfert/levage identifié devait être utilisé en cas de besoin. La documentation indiquait que la personne résidente avait été évaluée pour un changement de son état et que le personnel avait reçu l'ordre de la mettre au lit. La documentation indiquait que le personnel n'avait pas pu utiliser le dispositif de transfert/levage évalué et avait utilisé un autre dispositif de transfert/levage. Une infirmière ou un infirmier auxiliaire autorisé(e) (IAA) a indiqué dans sa documentation que le dispositif de transfert/levage utilisé par le personnel n'était pas sûr pour la personne résidente. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a confirmé que les actions du personnel n'étaient pas sécuritaires.

**Sources :** Dossier médical clinique d'une personne résidente et entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI).

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

Problème de conformité n° 015 – avis écrit remis aux termes du paragraphe 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

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

Effets personnels et aides personnelles

Par. 41 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer ait ses effets personnels, notamment ses aides personnelles, comme des prothèses dentaires, des lunettes et des prothèses auditives :

a) étiquetés, dans les 48 heures de son admission et, dans le cas de nouveaux effets, de leur acquisition.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les effets de soins personnels de personnes résidentes soient étiquetés. Les observations ont permis de constater que les articles de soins personnels dans les toilettes communes des résidents et dans une salle de spa n'étaient pas étiquetés individuellement.

**Sources :** Observations et entretien avec le ou la responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI).**AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies**

Problème de conformité n° 016 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de : la disposition 55 (2) b) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Soins de la peau et des plaies

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

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :  
(i) se fait évaluer la peau par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

Le titulaire de permis n'a pas veillé que ce que l'altération de l'intégrité épidermique d'une personne résidente soit évaluée au moyen de l'outil d'évaluation approprié sur le plan clinique.

Les dossiers cliniques de la personne résidente et l'entretien avec le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ont révélé que la personne résidente n'avait pas fait l'objet d'une évaluation initiale de la peau après l'incident.

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

**Sources :** Dossiers cliniques d'une personne résidente et entretien avec le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI).

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

Problème de conformité n° 017 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

### Non-respect de : la disposition 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Soins de la peau et des plaies

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

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :  
(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), si cela s'impose sur le plan clinique.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la blessure d'un résident dont l'intégrité épidermique avait été altérée après l'incident soit réévaluée chaque semaine.

Les dossiers cliniques de la personne résidente et l'entretien avec le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ont indiqué que la personne résidente n'avait pas fait l'objet d'une évaluation hebdomadaire de la peau suite à une blessure.

**Sources :** Dossier clinique d'une personne résidente et entretien avec le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI).

## AVIS ÉCRIT : Notification sur les incidents

Problème de conformité n° 018 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

### Non-respect de : la disposition 104 (1) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22,

Notification sur les incidents

Art. 104(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le

mandataire spécial du résident, s'il y en a un, et toute autre personne que précise le résident :

(b) soient avisés dans les 12 heures après avoir pris connaissance d'un incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers la personne résidente.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le ou la mandataire spécial(e) d'une personne résident soit informé d'un incident de maltraitance dont il a été témoin.

Une personne résidente a été vue par le personnel en train de maltraiter un co-résident non identifié. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a indiqué que l'incident n'avait

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

pas été signalé au mandataire spécial du co-résident non identifié.

**Sources :** Dossier médical d'un résident et entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI).

## **AVIS ÉCRIT : Administration de médicaments**

Problème de conformité n° 019 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

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

Administration des médicaments

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

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient administrés aux personnes résidentes conformément à la prescription du prescripteur.

Des médicaments ont été observés sur une table de salle à manger devant une personne résidente. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a confirmé que les médicaments ne devaient pas être laissés sans surveillance avec la personne résidente.

**Sources :** Observations, dossier médical d'une personne résidente et entretien avec le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI).

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient administrés aux personnes résidentes conformément à la prescription du prescripteur.

Des médicaments ont été observés au chevet d'une personne résidente. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a confirmé que les médicaments ne devaient pas être laissés sans surveillance avec la personne résidente.

**Sources :** Observations, dossier médical d'une personne résidente et entretien avec le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI).

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient administrés aux personnes résidentes conformément à la prescription du prescripteur.

Des médicaments ont été observés au chevet d'une personne résidente. La personne résidente a indiqué qu'elle avait oublié de prendre ses médicaments lorsque l'infirmière les lui avait laissés plus tôt dans la journée. La personne résidente a été vue en train de prendre ses médicaments

**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

lorsque l'inspecteur a quitté sa chambre. Le dossier électronique d'administration des médicaments (eMAR) a permis d'établir que l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire autorisé(e) (IAA) avait signé l'eMAR indiquant qu'elle avait administré les médicaments à la personne résidente à une heure précise. Le dossier électronique d'administration des médicaments (eMAR) a également permis d'établir que l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire autorisé(e) (IAA) avait administré les mêmes médicaments à la personne résidente quelques minutes après que celui-ci les ait pris, ce qui signifie qu'elle a administré les médicaments trop près l'un de l'autre.

**Sources :** Dossier médical d'un résident et entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI).

**ORDRE DE CONFORMITÉ n° 001 Obligation de protéger**

Problème de conformité n° 020 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

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 s'assurer de :

1. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ou le responsable désigné, en collaboration avec l'équipe du projet OSTC, doit examiner et réviser le programme de soins des résidents identifiés afin de s'assurer que des stratégies soient en place pour protéger une personne résidente contre les abus de la part du co-résident ou d'autres résidents qui présentent des comportements réactifs identifiés. Cet examen doit être documenté, y compris la date de l'examen et de toute révision, le nom et le rôle de ceux qui ont participé à l'examen et à la révision des programmes de soins. Les documents doivent être conservés et remis immédiatement à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.

2. Le directeur des soins infirmiers ou une cheffe ou un chef des services infirmiers désigné(e) doit fournir une formation en personne sur la définition de « l'abus sexuel » et la politique de tolérance zéro du titulaire de permis en matière d'abus d'une personne résidente, aux infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) identifiés et à une infirmière ou un infirmier autorisé(e) (IA) identifié. La formation doit être documentée et inclure la date de la formation, le nom et le rôle de la personne formée, le nom et le rôle du formateur et le contenu de la formation. Les documents doivent être conservés et remis immédiatement à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

fait la demande.

3. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ou une cheffe ou un chef des services infirmiers désigné(e) doit communiquer à l'ensemble du personnel la définition des « abus sexuels » et indiquer clairement les mesures à prendre par le personnel en cas d'allégation, de suspicion ou de témoignage d'abus sexuels d'une personne résidente. La communication doit être documentée et inclure la date de la communication et la plateforme utilisée. La documentation de la communication doit être conservée et mise à la disposition de l'inspecteur sur demande.

4. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ou une cheffe ou un chef des services infirmiers désigné(e) doit communiquer à tous la politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements du titulaire de permis et indiquer clairement les mesures à prendre par le personnel en cas d'allégation, de suspicion ou de témoignage de mauvais traitement d'une personne résidente. La communication doit être documentée et inclure la date de la communication et la plateforme utilisée. La documentation de la communication doit être conservée et mise à la disposition de l'inspecteur sur demande.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit protégée contre les mauvais traitements infligés par un co-résident.

Le dossier médical clinique d'un co-résident a révélé qu'il avait manifesté à plusieurs reprises, au cours d'une période donnée, des comportements réactifs envers une personne résidente. La documentation a révélé que la personne résidente n'avait pas consenti à ces interactions. Une infirmière ou un infirmier autorisé(e) (IA) et le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ont confirmé que les incidents s'étaient produits et que les interactions n'étaient pas consensuelles. Le titulaire de permis n'a pas protégé la personne résidente contre les mauvais traitements infligés par le co-résident, comme en témoigne la non-conformité aux dispositions 3 (1) 4, 6 (10), 28 (1) 2 de la LRSLD, et 104 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22 émis dans le cadre de cette inspection.

**Sources :** Dossier médical clinique de la personne résidente, politique « Tolérance zéro concernant les mauvais traitements et la négligence des personnes résidentes » du titulaire de permis et entretiens avec une infirmière ou un infirmier autorisé(e) (IA) et le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI).

**Cet ordre doit être respecté d'ici le 2 mai 2025.**

**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

## **ORDRE DE CONFORMITÉ No 002 - Politique de réduction au minimum de l'utilisation de la maîtrise et du confinement des résidents**

Problème de conformité n° 021 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect de : la disposition 33 (1) b) de la *LRSLD* (2021).**

Politique de réduction au minimum de l'utilisation de la maîtrise et du confinement des résidents

Par. 33 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) la politique est respectée.

**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 de :

1. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) doit immédiatement dispenser une formation en personne aux infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) identifiés concernant les politiques du titulaire de permis en matière de « contention minimale » et de « contention chimique ». La formation en personne doit être documentée, y compris la date de la formation, le contenu de la formation, le nom et le rôle des personnes formées ainsi que le nom et le rôle du formateur. La documentation de la formation doit être conservée et mise à la disposition de l'inspecteur sur demande.
2. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) doit communiquer à tout le personnel infirmier autorisé les politiques du titulaire de permis en matière de « contention minimale » et de « contention chimique ». La communication doit être documentée et inclure la date et la plateforme utilisées pour communiquer. Les documents doivent être conservés et remis immédiatement à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.
3. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ou une cheffe ou un chef des services infirmiers désigné(e), en collaboration avec l'équipe du projet OSTC, doit immédiatement examiner le programme de soins de la personne résidente identifiée afin de s'assurer que les interventions non pharmacologiques prévues soient utilisées avant l'administration d'interventions pharmacologiques. L'examen et toute révision requise doivent être documentés, y compris la date de l'examen, le nom et le rôle des participants, ainsi que toute révision. La documentation de l'examen et des révisions doit être conservée et mise à la disposition de l'inspecteur sur demande.
4. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ou une cheffe ou un chef des services infirmiers désigné(e) doit vérifier le rapport de quart de vingt-quatre heures quotidiennement

**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

pendant quatre semaines, y compris les fins de semaine et les jours fériés. La vérification doit porter sur l'administration de contentions chimiques par le personnel infirmier autorisé. Si la vérification révèle qu'une contention chimique a été administrée à une personne résidente présentant des comportements réactifs, le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ou une cheffe ou un chef des services infirmiers désigné(e) ou le responsable désigné doit procéder à une vérification plus approfondie afin de déterminer si des interventions non pharmacologiques ont été utilisées avant le recours à des interventions pharmacologiques. Si des lacunes sont identifiées au cours de la vérification, le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ou le responsable désigné doit mettre en œuvre des mesures correctives immédiates.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que ses politiques écrites visant à minimiser la contention des résidents, en particulier les politiques de « contention minimale » et de « contention chimique », soient respectées. La documentation a permis d'identifier qu'une personne résidente avait été maîtrisée chimiquement à de nombreuses reprises par des infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) identifiés. La documentation examinée a révélé que les infirmières auxiliaires autorisées n'avaient pas respecté les politiques du titulaire de permis.

**Sources :** Dossier médical clinique d'une personne résidente, politiques du titulaire de permis et entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI).

**Le titulaire du permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 2 mai 2025.**

**ORDRE DE CONFORMITÉ n° 003 Déclaration des droits des résidents**

Problème de conformité n° 022 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect de : la disposition 3 (1) 4 de la *LRSLD* (2021).**

Déclaration des droits des résidents

3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

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

**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 de :

1. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ou le responsable désigné, en collaboration avec l'équipe du projet OTSC, doit élaborer et mettre en œuvre un plan visant à garantir la protection de tous les résidents contre les abus de résidents identifiés. Le plan doit être documenté et inclure toute pièce justificative. Les documents doivent être conservés et mis à la disposition de l'inspecteur sur demande.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

2. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ou une cheffe ou un chef des services infirmiers désigné(e) doit veiller à ce que les plans élaborés pour la protection de tous les résidents par des résidents identifiés soient communiqués à l'ensemble du personnel. Les communications avec le personnel doivent être documentées, y compris la date et la plateforme utilisée. Les documents doivent être conservés et mis à la disposition de l'inspecteur sur demande.
3. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ou le responsable désigné en collaboration avec l'équipe du projet OTSC, doit examiner le programme de soins de la personne résidente identifiée afin de s'assurer que des mesures de protection soient en place pour protéger les résidents contre les abus d'autres résidents. La documentation de l'examen et de toute révision effectuée doit être conservée et mise à la disposition de l'inspecteur sur demande.
4. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ou le responsable désigné doit communiquer au personnel de l'établissement toutes les révisions apportées aux plans de soins des résidents identifiés, en particulier celles liées à la protection des résidents. La communication doit être documentée, y compris la date de la communication et la plateforme utilisée. Les documents doivent être conservés et mis à la disposition de l'inspecteur sur demande.
5. L'administrateur ou le responsable désigné doit former à nouveau l'ensemble du personnel sur la Déclaration des droits des résidents, en particulier sur « le droit de ne pas subir de mauvais traitements ». La formation doit être documentée, y compris la date de la formation, le nom et le rôle du personnel ainsi que le nom et le rôle du formateur. La documentation de la formation doit être conservée et mise à la disposition de l'inspecteur sur demande.
6. L'administrateur ou le responsable désigné doit communiquer à l'ensemble du personnel la politique de tolérance zéro du titulaire de permis en matière de mauvais traitements, en veillant à ce que le personnel soit conscient de son rôle et de sa responsabilité pour garantir la protection des résidents contre les mauvais traitements infligés par quiconque, et en signalant immédiatement à son responsable ou superviseur tout incident de mauvais traitements présumé, suspecté ou constaté. Cette communication doit être documentée, y compris la date et la plateforme utilisée pour communiquer. Les documents doivent être conservés et remis à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.

**Motifs**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente ne soit pas maltraitée par une autre personne résidente.

Un incident de mauvais traitement impliquant la personne résidente envers une autre personne résidente s'est produit, et l'infirmière ou un infirmier autorisé(e) (IA) responsable du foyer a été

**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

informé de l'incident par un ou une autre IA. La personne résidente a été vue en train d'adopter un comportement réactif en se penchant vers l'autre personne résidente. Le responsable a reconnu que les agissements de la personne résidente envers la personne résidente constituaient des mauvais traitements.

**Sources :** Rapport d'incident critique (RIC), dossier de la personne résidente et entretiens avec une infirmière ou un infirmier autorisé(e) (IA) et le coordinatrice ou le coordinateur clinique.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit protégée contre les mauvais traitements infligés par un co-résident.

Le dossier de santé clinique d'un résident a révélé que le personnel avait été témoin de comportements de la personne résidente envers une autre personne résidente. La documentation a révélé que la personne résidente n'était pas en mesure de consentir à l'interaction. Une infirmière ou un infirmier autorisé(e) (IA) a indiqué que la personne résidente n'était pas en mesure de donner son consentement et que l'incident constituait un abus.

**Sources :** Dossiers médicaux cliniques des résidents, politique du titulaire de permis et entretiens avec une infirmière ou un infirmier autorisé(e) (IA) et le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI).

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit protégée contre les mauvais traitements infligés par un co-résident.

Le dossier de santé clinique d'un résident a révélé que le personnel avait été témoin de comportements de la personne résidente envers une autre personne résidente. Ce n'était pas le premier incident entre les résidents. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a indiqué que l'incident était abusif et a confirmé que la personne résidente n'était pas consentante.

**Sources :** Dossiers médicaux cliniques des personnes résidentes, politique du titulaire de permis et entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI).

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit protégée contre les mauvais traitements infligés par un co-résident.

Le dossier de santé clinique d'un résident a révélé que le personnel avait été témoin de comportements de la personne résidente envers une autre personne résidente. Les documents indiquaient que la personne résidente avait indiqué que le co-résident était entré dans sa chambre auparavant pendant ce quart de travail et avait été renvoyé. Les documents indiquaient que la personne résidente avait indiqué qu'elle ne consentait pas à l'interaction. Ce n'était pas le premier incident entre les résidents.

**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

**Sources :** Dossiers médicaux cliniques des personnes résidentes, politique du titulaire de permis et entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI).

5. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit protégée contre les mauvais traitements infligés par un co-résident.

Le dossier médical clinique d'un résident indiquait que ce dernier avait été trouvé dans la chambre d'une autre personne résidente. La documentation indiquait que la personne résidente avait peur. La documentation indiquait qu'une autre personne résidente avait indiqué au personnel qu'il avait vu la personne résidente en question tirer la personne résidente dans la chambre. La documentation indiquait que la personne résidente était vulnérable aux actions des autres et que l'incident n'était pas le premier incident de maltraitance présumée ou attestée de la personne résidente par d'autres personnes.

**Sources :** Dossiers médicaux cliniques des personnes résidentes, politique du titulaire de permis et entretien avec le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI).

6. Le titulaire de permis n'a pas assuré le droit d'une personne résidente à ne pas subir de mauvais traitements.

La note d'enquête interne indiquait que le personnel avait été témoin d'un comportement d'un co-résident envers une personne résidente. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a indiqué que la personne résidente n'était pas capable de donner son consentement.

**Sources :** IC, documents d'enquête interne, entretien avec le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI).

7. Le titulaire de permis n'a pas assuré le droit d'une personne résidente à ne pas subir de mauvais traitements.

La note d'enquête interne indiquait qu'un co-résident avait démontré des comportements envers une personne résidente. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a indiqué que la personne résidente ne pouvait pas donner son consentement et semblait perturbé après l'incident.

**Sources :** IC, documents d'enquête interne, entretien avec le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI).

8. Le titulaire de permis n'a pas assuré le droit d'une personne résidente à ne pas subir de mauvais traitements.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

La note de progrès indiquait qu'un co-résident avait eu un comportement envers une personne résidente. La personne résidente semblait mouvementée et a demandé l'aide du personnel. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a indiqué que la personne résidente n'était pas capable de donner son consentement.

**Sources :** IC, notes d'évolution des résidents, entretien avec le ou la DSI.

9. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit protégée contre les mauvais traitements infligés par un co-résident.

Le dossier médical clinique d'une personne résidente a révélé que celle-ci avait été maltraitée par un co-résident. La documentation a permis d'identifier que le co-résident était connu pour avoir eu des comportements envers les résidents. La documentation a permis d'identifier que le co-résident avait été observé en train d'avoir des comportements envers la personne résidente avant que l'incident ne se produise.

**Sources :** Examen du dossier de santé clinique de la personne résidente et entretiens une infirmière ou un infirmier autorisé(e) (IA) et le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI).

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 2 mai 2025.**

## **ORDRE DE CONFORMITÉ N° 004 Programme de soins**

Problème de conformité n° 023 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect de : la disposition 6 (1) a) 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 résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

a) les soins prévus pour le résident.

**L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à une ordonnance de conformité [*LRSLD*, 2021, disp. 155 (1) (a)] :**

Le titulaire de permis doit s'assurer de :

1. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI), ou la cheffe ou le chef des services infirmiers désigné(e) doit examiner et réviser le programme de soins des résidents identifiés afin de s'assurer qu'il existe un plan écrit pour protéger la personne résidente contre les comportements manifestés par des co-résidents, y compris, mais sans s'y limiter, une personne identifiée. L'examen et toute révision doivent être documentés, y compris la date, l'heure et les

**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

révisions apportées. Le document examiné et révisé doit être conservé et mis à la disposition de l'inspecteur sur demande.

2. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) doit communiquer le programme de soins révisé pour les résidents identifiés à tout le personnel soignant dans les zones d'habitation des résidents identifiés. La communication doit être documentée, y compris la date et la plateforme utilisée pour communiquer. La documentation de la communication doit être conservée et mise à la disposition de l'inspecteur sur demande.

**Motifs**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il existe un programme de soins écrit pour la protection d'une personne résidente contre les abus qui définisse les soins prévus pour la personne résidente.

La note d'enquête interne indiquait que le personnel avait été témoin d'un comportement d'un co-résident envers une personne résidente. Un examen du programme de soins de la personne résidente a révélé qu'il n'y avait pas d'accent mis sur la protection de la personne résidente contre les abus. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a confirmé qu'il y avait eu un autre incident de même nature impliquant le résident et s'attendait à ce qu'un programme de soins écrit ait été mis en place pour protéger la personne résidente.

**Sources :** IC, entretien avec le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI), le programme de soins de la personne résidente.

2. Le titulaire de permis n'a pas permis de garantir qu'un programme de soins écrit était en place pour protéger une personne résidente contre les abus d'autrui.

Le dossier médical clinique d'un résident a révélé que le personnel avait trouvé la personne résidente dans la chambre d'une autre personne résidente. La documentation indiquait que la personne résidente avait peur. La documentation a révélé qu'il ne s'agissait pas du premier incident, dont le personnel avait été témoin, de mauvais traitements d'une personne résidente par d'autres résidents. La documentation n'a pas permis d'identifier les mesures de protection mises en place pour protéger la personne résidente qui est vulnérable aux actions des autres.

**Sources :** Dossiers médicaux cliniques des résidents et entretiens avec une infirmière ou un infirmier autorisé(e) (IA).

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 2 mai 2025.**

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

## **ORDRE DE CONFORMITÉ N° 005 Comportements réactifs**

Problème de conformité n° 024 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de : la disposition 58 (4) (b) 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 :

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

**L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de préparer, de soumettre et de mettre en œuvre un plan pour assurer la conformité au par. 93 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22 [al. 155(1)b) de la LRSLD (2021)] :**

Le titulaire de permis doit s'assurer de :

1. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ou une cheffe ou un chef des services infirmiers désigné(e), en collaboration avec l'équipe du projet OTSC, doit examiner le programme de soins des résidents identifiés afin de s'assurer que tous les comportements observés font l'objet d'interventions visant à gérer le comportement de la personne résidente. Toute intervention jugée inefficace doit être révisée et/ou des interventions alternatives doivent être élaborées et mises en œuvre. L'examen et toute révision doivent être documentés, y compris la date de l'examen et de la révision ainsi que le nom et le rôle de tous les participants.
2. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI), en collaboration avec l'équipe du projet OTSC, doit communiquer le programme de soins des résidents identifiés à tout le personnel des zones où réside la personne résidente. La communication doit être documentée, y compris la date et la plateforme. Les documents doivent être conservés et remis immédiatement à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.
3. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ou une cheffe ou un chef des services infirmiers désigné(e) doit élaborer et mettre en œuvre un système de vérification pour s'assurer que les interventions prévues sont mises en œuvre pour les résidents qui manifestent des comportements réactifs. Le système de vérification doit être documenté, conservé et mis à la disposition de l'inspecteur sur demande.
4. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ou une cheffe ou un chef des services infirmiers désigné(e) doit effectuer des vérifications quotidiennes, en utilisant le système de vérification élaboré pour s'assurer que les interventions prévues sont mises en œuvre lorsque les

**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

résidents identifiés manifestent des comportements. Les vérifications doivent être effectuées quotidiennement, pour toutes les équipes, pendant deux semaines, puis deux fois par semaine pendant quatre semaines. Les mesures correctives doivent être abordées avec le personnel concerné, si elles sont identifiées. Les vérifications doivent inclure la date, le nom de la personne résidente, le comportement observé, les interventions mises en œuvre, ainsi que toute mesure corrective identifiée et les mesures prises. Toutes les vérifications et les mesures correctives doivent être documentées, conservées et mises à la disposition de l'inspecteur sur demande.

**Motifs**

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

Le dossier de santé clinique d'une personne résidente a révélé que les comportements de cette dernière s'étaient aggravés. La documentation a révélé que la personne résidente avait été évalué comme ayant besoin d'une intervention supplémentaire et que celle-ci devait être mise en œuvre pour protéger les autres résidents. La documentation a révélé que la personne résidente avait été vue en train d'adopter un comportement envers une autre personne résidente. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a confirmé que l'intervention n'avait pas été mise en œuvre comme prévu et qu'elle avait peut-être contribué à l'incident.

**Sources :** Dossiers médicaux cliniques des personnes résidentes et entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI).

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

Le dossier médical clinique de la personne résidente a révélé que celle-ci avait été évaluée comme ayant besoin d'une intervention identifiée dans le but de protéger les autres personnes résidentes. La documentation a permis d'établir que l'intervention n'avait pas été mise en place aux dates indiquées. Une infirmière ou un infirmier autorisé(e) (IA) a confirmé que l'intervention n'était pas systématiquement mise en place.

**Sources :** Dossier médical clinique de la personne résidente et entretiens une infirmière ou un infirmier autorisé(e) (IA) et le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI).

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

Le dossier médical clinique d'une personne résidente a permis d'établir que cette dernière était connue pour avoir manifesté comportements envers des co-résidents. La documentation indiquait que des stratégies avaient été élaborées. Les interventions élaborées n'ont pas été observées lors

**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

de l'inspection. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) et le personnel infirmier autorisé ont indiqué que les interventions identifiées n'étaient pas en place et n'avaient pas été utilisées comme interventions depuis un certain temps.

**Sources :** Observations, dossier médical clinique de la personne résidente, entretiens avec le personnel infirmier.

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des stratégies soient mises en œuvre pour une personne résidente qui présente des comportements réactifs.

Le dossier médical clinique d'une personne résidente a permis d'établir que cette dernière était connue pour avoir manifesté des comportements envers des co-résidents. La documentation indiquait que des interventions avaient été mises en place. La personne résidente a été observée en train de se promener dans tout le foyer de soins de longue durée sans que l'intervention identifiée ne soit mise en œuvre. Une infirmière ou un infirmier autorisé(e) (IA) a confirmé que le personnel devait suivre les interventions mises en place, mais que celles-ci n'étaient pas suivies systématiquement.

**Sources :** Dossier médical clinique de la personne résidente et entretien avec une infirmière ou un infirmier autorisé(e) (IA).

5. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des stratégies soient élaborées et mises en œuvre pour gérer les comportements réactifs d'une personne résidente. Une personne résidente a été observée en train d'adopter un comportement envers une autre personne résidente à des occasions identifiées. La documentation a permis d'identifier des interventions qui n'étaient pas efficaces.

**Sources :** Notes d'évolution, programme de soins et entretien avec le ou la DSI.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 30 mai 2025.**

## **ORDRE DE CONFORMITÉ N° 006 Comportements réactifs**

Problème de conformité n° 025 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la *LRSLD* (2021).

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

Comportements réactifs

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,

**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

des réévaluations et des interventions, et les réactions du résident aux interventions sont documentées.

**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 de :

1. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ou une cheffe ou un chef des services infirmiers désigné(e) doit élaborer et mettre en œuvre un plan pour répondre aux comportements manifestés par les résidents identifiés, y compris la réévaluation de la personne résidente et la réponse de la personne résidente aux interventions prévues. Le plan doit être documenté et communiqué à tout le personnel qui doit travailler dans la zone de la maison où réside la personne résidente.
2. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ou le responsable désigné doit effectuer des vérifications quotidiennes des comportements manifestés par les résidents identifiés et de leur réponse aux interventions. Si les interventions ne sont pas efficaces, le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI), en collaboration avec le médecin et l'équipe du projet OTSC, doit réévaluer les interventions et la nécessité d'un soutien externe. Les vérifications doivent être effectuées quotidiennement pendant deux semaines.
3. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ou une cheffe ou un chef des services infirmiers désigné(e) doit fournir une formation en personne à tout le personnel autorisé concernant la documentation des comportements manifestés par un résident, les déclencheurs identifiés, les interventions mises en œuvre et la réponse de la personne résidente. La formation doit être documentée, y compris la date de la formation, le contenu de la formation, le nom et le rôle de la personne formée et le nom et le rôle des formateurs. Les documents doivent être conservés et remis immédiatement à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.
4. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ou le responsable désigné doit communiquer à tout le personnel infirmier autorisé les mesures à prendre si une personne résidente présente un comportement réactif et que les interventions prévues ne sont pas efficaces. La communication doit être documentée, y compris la date et la plateforme utilisée. Les documents doivent être conservés et mis à la disposition de l'inspecteur sur demande.

**Motifs**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les interventions auprès d'une personne résidente présentant un comportement réactif soient réévaluées lorsqu'elles n'étaient pas efficaces.

Le dossier médical clinique d'une personne résidente indiquait qu'une intervention avait été mise en place pour alerter le personnel lorsque la personne résidente sortait de sa chambre. La

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

documentation indiquait que la personne résidente était sortie de sa chambre, était entrée dans la chambre d'une autre personne résidente à plusieurs reprises et avait été vu par le personnel en train d'adopter des comportements envers l'autre personne résidente. Une infirmière ou un infirmier autorisé(e) (IA) a indiqué que l'intervention n'était pas efficace.

**Sources :** Examen du dossier de santé clinique de la personne résidente et entretiens une infirmière ou un infirmier autorisé(e) (IA) et le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI).

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les interventions auprès d'une personne résidente présentant un comportement réactif soient réévaluées lorsqu'elles n'étaient pas efficaces.

Le dossier médical clinique d'une personne résidente présentait les comportements de cette dernière. La documentation indiquait que le personnel avait trouvé un autre résident dans la chambre de la personne résidente. La documentation indiquait que l'autre personne résidente avait peur. Une autre personne résidente a indiqué avoir vu la personne résidente tirer l'autre personne résidente dans la chambre. La documentation n'indiquait pas que les interventions avaient été réévaluées, à la suite de l'incident, pour assurer la sécurité des autres.

**Sources :** Dossiers médicaux cliniques des résidents et entretien avec un membre du personnel infirmier autorisé.

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les interventions aient été réévaluées lorsqu'elles n'étaient pas efficaces pour une personne résidente présentant des comportements réactifs.

Le dossier médical clinique d'une personne résidente a permis d'établir que cette dernière était connue pour avoir manifesté des comportements envers d'autres résidents. La documentation indiquait que la personne résidente était connue pour « cibler » le co-résident. La documentation a identifié un incident où la personne résidente a eu des comportements envers le co-résident avant l'IC. La documentation n'a pas permis d'identifier les interventions qui ont été réévaluées après l'incident pour assurer la sécurité du co-résident. Une infirmière ou un infirmier autorisé(e) (IA) et le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ont confirmé que la personne résidente était imprévisible et que les interventions en place n'étaient pas toujours efficaces.

**Sources :** Examen du dossier de santé clinique de la personne résidente et entretiens une infirmière ou un infirmier autorisé(e) (IA) et le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI).

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 30 mai 2025**

**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**ORDRE DE CONFORMITÉ N° 007 Entretien ménager**

Problème de conformité n° 026 – ordre de conformité au titre de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de : 93 (2) a) de Règl. de l'Ont. 246/22**

Entretien ménager

par. 93 (2) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 19 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :

a) le nettoyage du foyer, notamment :

(i) les chambres à coucher des résidents, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les rideaux de séparation et les surfaces de contact et celles des murs,

(ii) les aires communes et celles réservées au personnel, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les surfaces de contact et les murs.

**L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de préparer, de soumettre et de mettre en œuvre un plan pour assurer la conformité au par. 93 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22 [al. 155(1)b) de la LRSLD (2021)] :**

Le titulaire de permis doit s'assurer de :

1. Le directeur ou la directrice des services environnementaux (DSE) doit veiller à ce que les sols des zones communes et des zones réservées au personnel soient maintenus propres.
2. Le directeur ou la directrice des services environnementaux (DSE) doit élaborer et mettre en œuvre des programmes d'entretien ménager pour le nettoyage des sols des zones communes et des zones réservées au personnel. Le programme de nettoyage des sols doit être une tâche désignée et définir clairement quels membres du personnel sont responsables du nettoyage des sols et quand cette tâche doit être effectuée. Le calendrier de nettoyage des sols doit être documenté et conservé pour être examiné par l'inspecteur sur demande.
3. Le directeur ou la directrice des services environnementaux (DSE) doit communiquer le calendrier de nettoyage des sols à tout le personnel d'entretien et à tout autre personnel impliqué ou affecté à des tâches d'entretien. Cette communication doit être documentée et inclure la date de la communication et la plateforme utilisée. La documentation doit être conservée et mise à la disposition de l'inspecteur sur demande.
4. Le directeur ou la directrice des services environnementaux (DSE) ou l'administrateur ou l'administratrice doit communiquer avec les conseils des résidents et des familles au sujet des horaires d'entretien ménager qui ont été élaborés et mis en œuvre pour assurer le nettoyage de la maison, y compris les planchers des aires communes. La communication doit être documentée, y

**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

compris la date de la communication et la plateforme utilisée pour communiquer. La documentation doit être conservée, y compris toute réponse des conseils, et mise à la disposition de l'inspecteur sur demande.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des procédures soient élaborées et mises en œuvre pour le nettoyage des aires communes, en particulier les planchers des chambres des résidents et les autres aires communes du foyer de soins de longue durée. Les horaires d'entretien ménager et les horaires des aides-soignants ont été examinés dans le cadre d'un ordre de suivi, mais les horaires n'identifiaient pas le nettoyage des planchers des chambres des résidents et des autres aires communes. Le conseil des résidents et des familles a exprimé des préoccupations concernant la propreté des planchers dans la maison de soins de longue durée. Le directeur ou la directrice des services environnementaux (DSE) a indiqué que le nettoyage des planchers dans les aires communes était confié au personnel uniquement en fonction des besoins.

**Sources :** Programmes de nettoyage pour le personnel d'entretien et les aides-soignants et entretiens avec une personne résidente, des aides-soignants et le directeur ou la directrice des services environnementaux (DSE).

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 2 mai 2025.**

**ORDRE DE CONFORMITÉ n° 008 Programme de prévention et de contrôle des infections**

Problème de conformité n° 027 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la *LRSLD* (2021).

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

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. Par. 102 (2) du *Règl. de l'Ont. 246/22*

**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 de :

1. Le responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) doit dispenser une formation en personne aux préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) identifiés sur la bonne utilisation d'un EPI identifié. La formation doit être documentée et inclure la date de la formation, le nom et le rôle de la personne formée, ainsi que le contenu de la formation. Les

**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

documents doivent être conservés et remis immédiatement à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.

2. Le responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) doit fournir une formation en personne aux préposés aux services de soutien à la personne identifiés sur la politique de prévention et de contrôle des infections du titulaire de permis concernant les précautions à prendre en cas de « contact avec des gouttelettes », en particulier lorsque le foyer de soins de longue durée est touché par une écloison déclarée. La formation doit être documentée et inclure la date de la formation, le nom et le rôle de la personne formée, ainsi que le contenu de la formation. Les documents doivent être conservés et remis immédiatement à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.

**Motifs**

Le titulaire du permis n'a pas veillé au respect des normes ou des protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. La Norme de PCI exige, comme indiqué à la section 6.7 Exigences supplémentaires, Port du masque, que le titulaire de permis doit veiller à ce que tout le personnel et les autres personnes se conforment aux exigences applicables en matière de port du masque.

Des préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) ont été observés sans équipement de protection individuelle (EPI) identifié dans les zones d'habitation des résidents. Un PSSP identifié interagissait avec une personne résidente au moment de l'observation. Le foyer de soins de longue durée avait été déclaré en situation d'épidémie, dans laquelle une mesure de contrôle avait été identifiée selon laquelle l'EPI identifié devait être porté par le personnel et les autres personnes présentes dans le foyer.

**Sources :** Observations des préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) et le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI).

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 18 avril 2025.**

**Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent avis écrit d'APA n° 002**

**AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)**

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

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

**Lié à l'ordre de mise en conformité n° 008**

**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

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 1 100,00 \$, 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 :**

Le titulaire de la licence a déjà reçu l'avis écrit d'APA en vertu du paragraphe 102 (2) (b) du Règlement de l'Ontario 246/22, conformément au rapport d'inspection n° 2024-1328-0002, émis le 10 juillet 2024.

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

**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)*.

Par. 5 O de la *LRSLD* (2021), par. 35 (3) (a) du *Règl. de l'Ont. 246/22*

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District du Centre-Est**

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

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.

**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

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

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être 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.

**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

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

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web [www.hsarb.on.ca](http://www.hsarb.on.ca).